



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA**

**Escola Superior de Educação de Beja**

**Mestrado em Psicogerontologia Comunitária**

***Qualidade de Vida na Viuvez***

**Vera Isabel Azedo Raimundo**

**Beja**

**2015**

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA**  
**Escola Superior de Educação de Beja**  
**Mestrado em Psicogerontologia Comunitária**

***Qualidade de Vida na Viuvez***

**Dissertação de mestrado apresentada na Escola Superior de Educação de Beja**

**Elaborado por:**

**Vera Isabel Azedo Raimundo**

**Orientado por:**

**Mestre/Especialista Adelaide do Espírito Santo**

**Beja**

**2015**

*“Mais sábios que os homens são os pássaros. Enfrentam as tempestades noturnas, tombam de seus ninhos, sofrem perdas, dilaceram suas histórias. Pela manhã, tem todos os motivos para se entristecer e reclamar, mas cantam agradecendo por mais um dia.”*

Augusto Cury

## Resumo

Para uma velhice bem-sucedida exige-se uma capacidade para enfrentar situações stressantes. A perda por viuvez em idade avançada representa um forte impacto e desafia esta faixa etária a aprenderem a serem viúvos, o que exige um grande esforço de adaptação. Neste contexto, este estudo pretende compreender qual o impacto da viuvez nas opções de estilo de vida e na participação comunitária identificando as alterações originadas em gerentes femininos e em gerentes masculinos e pretende também averiguar a influência do fator género na forma como o estado de viuvez é sentido e percebido em cada género; e em que medida a viuvez afeta a satisfação de vida em pessoas mais velhas. Com base numa metodologia descritiva recorreu-se a uma amostra constituída por 18 gerentes do Distrito de Beja na situação de viuvez e com idades entre os 60 e 88 anos. Para a recolha de dados optou-se por entrevista individual, semidiretiva e a adaptação portuguesa da escala *Philadelphia Geriatric Center Morale Scale (PGCMS)* e a Escala de Estilos de Vida para Idosos (EEVI). Os resultados mostram-nos que existe influência do fator género na forma como o estado de viuvez é sentido e percebido, isto é, em termos psicológicos, é mais difícil para os homens do que para as mulheres. E desta forma, verificou-se uma evolução na satisfação para com a vida nas mulheres após a viuvez. Todavia são os homens que adotam um estilo de vida mais saudável e também são os homens que tanto a nível do convívio com os amigos como nas relações de amizade que mais laços de amizade tem. Por outro lado, foram os gerentes do sexo feminino que demonstraram que sentem o apoio familiar como presente em detrimento dos homens. Tendo em conta o exposto é pertinente a implementação de um projeto de intervenção designado de *Sorri(vi)zinho* com o objetivo de estimular o aumento da participação comunitária reforçando a qualidade de vida e desenvolvendo uma adaptação à viuvez de forma positiva aumentando a satisfação com a vida.

**Palavras-Chave:** Envelhecimento Bem-Sucedido, Viuvez, Participação Comunitária, Satisfação com a Vida, Estilos de Vida

## Abstract

For a successful old age requires an ability to face stressful situations. The loss for widows in old age is a strong impact and challenges this age learn to be widowed, which requires a great deal of adaptation. In this context, this study aims to understand the impact of widowhood according to gender in lifestyle choices and community participation, in identifying the changes originated in older women and older men, investigate the influence of the gender factor in how the widow's status is felt and perceived and to what extent widowhood affects life satisfaction in the elderly. Based on a descriptive method, resorted to a sample of 18 elderly in Beja District, on widowhood situation and aged between 60 and 88 years. For data collection it was opted by individual interviews and the Portuguese adaptation of the scale Philadelphia Geriatric Center Morale Scale (PGCMS) and Escala de Estilos de Vida para Idosos (EEVI). The results show that there is influence of the gender factor in how the widow's status is felt and perceived, psychologically, and it's harder for men than for women. Besides, there was an increase in life's satisfaction in elderly women after widowhood. However are men who adopt a healthier lifestyle and are also men that have better level of socializing with friends and more friendships have. On the other hand, have been demonstrated that the elderly woman who feel more the family support. Regarding this, is pertinent to implement a designated intervention project *Sorri(vi)zinho* in order to stimulate increased community participation enhancing the quality of life and developing an adaptation widowhood positively, increasing life's satisfaction.

**Key words:** Successful aging, widowhood, communal participation, life's satisfaction, Lifestyles.

## **Agradecimentos**

Para a concretização deste estudo foi preponderante o apoio e colaboração de um conjunto de pessoas às quais não posso deixar de agradecer, pois sem eles a concretização deste objetivo não seria possível.

À Mestre/Especialista Adelaide do Espírito Santo orientadora deste trabalho, agradeço o contínuo apoio, motivação, incentivo e os tão úteis ensinamentos.

Aos gerentes que prontamente se disponibilizaram a participar neste estudo, e que me acolheram calorosamente nos seus domicílios o meu muito obrigado. A sua participação foi essencial para a concretização do estudo e por isso lhes estarei eternamente grata.

Agradeço especialmente aos meus pais e as minhas irmãs, por estarem presentes em todos os momentos e me apoiarem em todos os aspetos de forma a conseguir realizar este trabalho, agradecimento que se estende a toda a minha família pelo apoio, preocupação e motivação ao longo de todos os meses de trabalho.

A todos os meus amigos que de uma forma ou de outra contribuíram para este trabalho. À Cristina e Maria João por estarem sempre presentes para me apoiar, o meu obrigado pela confiança e motivação.

E por fim, dedico este trabalho a todos os que acreditaram em mim... A todos os que me acompanharam nesta caminhada... A todos os que nunca me deixaram de motivar e que com as suas palavras me impediram de desistir.

A todos os que estiveram e estarão sempre comigo...muito, muito obrigada!

## Índice Geral

<b>Introdução</b>	1
<b>PARTE I- ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b>	4
1.ENVELHECIMENTO	4
1.1.PROCESSO DE ENVELHECIMENTO	4
1.2.PERSPETIVAS SOBRE O ENVELHECIMENTO	6
1.3.A QUALIDADE DE VIDA NO GERONTE	9
1.4.ENVELHECIMENTO ATIVO	10
1.5.SAÚDE MENTAL E ENVELHECIMENTO	12
1.6.ADAPTAÇÃO Á VIUEZ NAS PESSOAS MAIS VELHAS	16
<i>1.6.1.O processo de luto e seu impacto no self do sénior</i>	16
<i>1.6.2.O impacto do luto na vida diária da pessoa enlutada</i>	18
1.7.ADAPTAÇÃO AO LUTO	20
1.8.FATORES DE PROTEÇÃO PARA UMA ADAPTAÇÃO Á VIUEZ POSITIVA NOS GERONTES	21
1.8.1.Bem-Estar e Satisfação de Vida nos Gerontes	21
1.9.ESTILOS DE VIDA NOS GERONTES	28
1.10.PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA	30
<i>1.10.1.A família</i>	32
<i>1.10.2.Os Amigos</i>	36
1.11.LAZER	37

<b>PARTE II-FASE CONCEPTUAL-----</b>	<b>40</b>
2.1.DEFINIÇÃO DO TEMA E DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA DE INVESTIGAÇÃO-----	40
2.2.PERGUNTA DE PARTIDA E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO-----	41
2.3.OBJETIVOS DE ESTUDO-----	41
<b>PARTE III- FASE METODOLÓGICA-----</b>	<b>43</b>
3.1.TIPO DE ESTUDO-----	43
3.2.PRINCÍPIOS ÉTICOS-----	44
3.3.POPULAÇÃO ALVO E AMOSTRA-----	45
3.3.1.Caraterização dos participantes-----	45
3.4.INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS-----	49
3.4.1..Avaliação da Satisfação com a Vida-----	50
3.4.2.Escala de Estilos de Vida para Idosos (EEVI)-----	51
3.4.3.Entrevista semiestruturada.....	52
3.4.3.1.Tratamento de dados da entrevista semiestruturada-----	54
3.4.3.2.Procedimento de tratamento de dados-----	54
3.4.4.Tratamento de dados das escalas-----	56
<b>PARTE IV- APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS-----</b>	<b>57</b>
4.1.ANÁLISE DE CONTEÚDO DAS ENTREVISTAS EFETUADAS-----	57
4.2.COMPROVAÇÃO DO OBJETIVO: COMPREENDER EM QUE MEDIDA A VIUEZ AFETA A SATISFAÇÃO DE VIDA-----	58
4.3.COMPROVAÇÃO DO OBJETIVO: AVERIGUAR A INFLUÊNCIA DO FATOR GÉNERO NA FORMA COMO O ESTADO DE VIUEZ É	65



SENTIDO E PERCEBIDO-----	
4.3.1 <i>Diferenças sentidas pelos géneros na rotina diária no casamento e após a viuvez.</i> -----	65
4.3.2. <i>Adaptação à viuvez diferenças a nível do género.</i> -----	67
4.3.3. Crescimento Pessoal na Adaptação à Viuvez-----	73
4.4.COMPROVAÇÃO DO OBJETIVO: COMPREENDER QUAL O IMPACTO DA VIUEZ DE ACORDO COM O GÉNERO NA PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA-----	76
4.4.1. <i>Diferenças entre o Género e os Estilos de Vida</i> -----.	76
4.5.COMPROVAÇÃO DO OBJETIVO: COMPREENDER QUAL O IMPACTO DA VIUEZ DE ACORDO COM O GÉNERO NA PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA-----	79
4.5.1. <i>Análise cruzada entre as escalas (EVVI e PGCMS) e o Domínio Participação Comunitária</i> -----	79
4.5.2. <i>Participação Comunitária nos Géneros</i> -----	82
PARTE V – PROJETO DE INTERVENÇÃO-----	91
5.1.PROPOSTA DO PROJETO DE INTERVENÇÃO <i>SORRI(VI)ZINHO</i> -----	91
5.2.FUNDAMENTAÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO-----	92
5.3.DESIGNAÇÃO DO PROJETO-----	94
5.4. OBJETIVOS-----	94
5.4.1. <i>Objetivo geral</i> -----	94
5.4.2. <i>Objetivos específicos</i> -----	94
5.5. PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS NA DINAMIZAÇÃO E LIDERANÇA DO PROJETO-----	95

5.6. PÚBLICO-ALVO-----	95
5.7. PLANIFICAÇÃO DA INTERVENÇÃO-----	95
5.8. DESENVOLVIMENTO SUCINTO DAS ATIVIDADES A PROPOR-----	98
5.9. AVALIAÇÃO DO PROJETO-----	100
5.10. CRONOGRAMA-----	101
<b>Conclusões-----</b>	<b>102</b>
<b>Referências Bibliográficas-----</b>	<b>107</b>
<b>Apêndices-----</b>	<b>113</b>
Apêndice A-----	114
Apêndice B-----	116
Apêndice C-----	118
Apêndice D-----	121
Apêndice E-----	126
Apêndice F-----	131

## Índice de Quadros

Quadro 1: Distribuição dos participantes do estudo quanto à faixa etária .....	56
Quadro 2: Distribuição dos participantes do estudo por tempo de viuvez e por sexo.....	57
Quadro 3: Distribuição dos participantes por situação profissional e por sexo .....	57
Quadro 4: Participantes por habilitações escolares e sexo do participante. ....	58
Quadro 5: Participantes por descendentes e sexo do participante .....	59
Quadro 6: Domínio Casamento.....	68
Quadro 7: Resultados das Escalas EEVI, PGCMS e Domínio Adaptação à Viuvez que comprovam Satisfação com a Vida no Geronte .....	71
Quadro 8: Média da comparação entre Género e Satisfação com a Vida .....	73
Quadro 9: Relação entre o Género e os Fatores da Escala PGCMS .....	74
Quadro 10: Resultados das escalas EEVI, PGCMS e Domínio Adaptação à Viuvez.....	79
Quadro 11: Diferenças a Nível do Género no Crescimento Pessoal .....	84
Quadro 12: Resultados Médios da EEVI conforme o Género .....	87
Quadro 13: Valor Total das Respostas dos participantes na EEVI .....	87
Quadro 14: Relação entre o Género e os Fatores da EEVI .....	88
Quadro 15: Resultados das escalas EEVI, PGCMS e Domínio Participação Comunitária .....	91
Quadro 16: Domínio Participação Comunitária na Categoria Convívio com os amigos .....	93
Quadro 17: Domínio Participação Comunitária na categoria Contacto com os amigos .....	95
Quadro 18: Categoria Contacto com pessoas do agregado familiar.....	96
Quadro 19: Categoria Lazer .....	98
Quadro 20: Plano de ação do projeto <i>Sorri(vi)zinho</i> .....	106

## **Índice de Figuras**

Figura I: Relação entre o Domínio Adaptação a Viuvez, EEVI e PGCMS a Nível da Satisfação com a Vida nos Gerontes .....	60
Figura II: Comparação a Nível da Rotina Diária no Casamento e Após a Viuvez em ambos os Gêneros.....	66
Figura III: Relação entre o Domínio Adaptação à Viuvez, EEVI e PGCMS a Nível do Gênero.....	68
Figura IV: Relação entre Domínio Participação Comunitária, EEVI e PGCMS a Nível do Gênero.....	80

## **Lista de Abreviaturas e Siglas**

AP- Afetos Positivos

AF- Afetos Negativos

AVC- Acidente Vascular Cerebral

AVD- Atividades de Vida Diária

AIVD- Atividades Instrumentais de Vida Diária

BES- Bem- Estar Subjetivo

Cit. - Citado

Cont. - Continuação

EBS- Envelhecimento Bem-Sucedido

EEVI- Escala de Estilos de Vida para Idosos

Freq.- Frequência

GGM-. Gabinete de Gerontes Mediadores

H- Homem

M- Mulher

Nº - Número

OMS- Organização Mundial de Saúde

P. - Página

Part. - Participação

PGCMS- Philadelphia Geriatric Center Morale Scale

WOH- World Health Organization

## Introdução

O envelhecimento em Portugal tem vindo a aumentar assim como se tem assistido a mudanças no estilo de funcionamento das famílias. Estas mudanças vieram mostrar a importância de se manter estilos de vida saudáveis mesmo em idades avançadas.

Não podemos esquecer que *“a velhice é um tempo de exposição a acontecimentos de vida e a transições e cada um(a) reunindo em si mesmo(a) riscos e oportunidades para o desenvolvimento psicológico mas também como um tempo de implementação de estratégias de confronto e de resolução dos desafios que o decorrer do curso de vida vai lançando ao potencial adaptativo de cada indivíduo”* (Fonseca, 2005, pp.223).

O medo que as pessoas mais velhas têm de perder algum ente querido ou o pensamento da sua própria morte não pode impedi-los de viver de forma saudável, autónoma e independente, durante o ciclo de vida.

Deste modo o envelhecimento arrasta consigo perdas no plano biológico, psicológico e social, mas não podemos deixar de registar os ganhos quando esta etapa é vivida de forma a capitalizar todas as aprendizagens ocorridas em estádios anteriores do desenvolvimento. Com efeito, e segundo Fonseca (2005), quando se pensa na terceira idade e se os gerontes conseguem integrar os ganhos e as perdas associadas a esta etapa, pode-se questionar se esta transição constitui em si mesma um foco de *stress* quantitativamente diferente daquele que caracteriza qualquer outra transição do ciclo vital. Porque todas as transições de vida colocam o sujeito perante o risco e a oportunidade de mudança, não se devendo atribuir à velhice um risco acrescido.

Contudo, as pessoas nesta faixa etária estão diretamente confrontadas com a morte e perder o(a) parceiro(a) é uma das experiências de maior sofrimento que o ser humano pode enfrentar, e a adaptação à vida sem o ente querido é uma tarefa, muitas vezes, bastante difícil e complexa para o sobrevivente. Este construirá a sua experiência de viúvo(a) de acordo com os significados atribuídos a este evento no contexto em que se está inserido. Diante da perda do companheiro(a) após longo tempo de convívio a dois, a viuvez demarca o início de uma nova fase da vida da mulher, ou do homem, que,

diante do acontecimento, apresenta-se à família e à sociedade como uma pessoa envelhecida e com um novo *status*: viúvo(a).

Para Fontaine (2000), a morte do cônjuge desperta rancor, tristeza, depressão e o drama da solidão, deste modo, é necessário que a pessoa mais velha tenha estratégias de *coping*<sup>1</sup> ou recursos pessoais (gerir melhor o tempo, procurar ocupação e convívio), familiares e comunitários (maior contato e ajuda de outros familiares ou amigos), que lhe permitam mitigar ou ultrapassar a solidão bem como o processo de luto. Deste modo como toda a situação de crise, a viuvez provoca mudanças na vida do sobrevivente e traz consigo possibilidades de desenvolvimento. O sujeito, dessa forma, constrói suas experiências de vida de acordo com os significados que a realidade oferece para as suas ações, condutas e valores.

Neste sentido, de acordo com Fonseca (2005), é importante compreender como se processa o desenvolvimento psicossocial do geronte quando confrontados com acontecimentos stressantes como é o caso da perda do cônjuge, assim como o papel que estes desempenham no desenvolvimento.

Deste modo como toda a situação de crise, a viuvez provoca mudanças na vida do sobrevivente e traz consigo possibilidades de desenvolvimento. O sujeito, dessa forma, constrói suas experiências de vida de acordo com os significados que a realidade oferece para as suas ações, condutas e valores aprendendo a desempenhar novos papéis através das situações do dia-a-dia, bem como por meio dos eventos críticos e inesperados que acontecem ao longo da vida. A interpretação desses fatos é efetuada de acordo com as possibilidades oferecidas pelo contexto cultural em que estamos inseridos assim, aprendemos a lidar e a dar sentido às novas situações.

Sendo assim a viuvez, tal como é demonstrado nos estudos de Fonseca (2005), surge como uma tarefa do desenvolvimento capaz de desafiar as capacidades de adaptação e de reorganização do indivíduo. E tal como Ornelas (2008) evidencia, existe necessidade de se realizar projetos nesta faixa etária que promovam serviços adequados, e o desenvolvimento de técnicas inovadoras de prestação de serviços e estratégias de *empowerment*<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> O conceito de *coping* tem sido descrito como o conjunto das estratégias utilizadas pelas pessoas para adaptarem-se a circunstâncias adversas ou stressantes.

<sup>2</sup> Significa "empoderamento", um neologismo que designa as relações de poder dentro de uma sociedade. Ou seja "descentralização de poderes", e sugere uma maior participação das pessoas nas atividades dando-lhe maior autonomia de decisão e responsabilidades.

Nesse sentido, o presente estudo tem a seguinte questão norteadora: *Qual a relação entre o estado de viuvez e a qualidade de vida?* Desta questão decorre os seguintes objetivos: (1) Compreender em que medida a viuvez afeta a satisfação de vida; (2) Averiguar a influência do fator género na forma como o estado de viuvez é sentido e percebido; (3) Analisar o impacto da viuvez de acordo com o género nas opções de estilo; (4) Compreender qual o impacto da viuvez de acordo com o género na participação comunitária;

Apesar da maioria dos estudos realizados nesta área se centrarem no género feminino considerou-se pertinente comparar ambos os géneros uma vez que existem evidências que gerontes masculinos e femininos diferem na forma como vivem e enfrentam a viuvez, assim como nos efeitos que esta tem sobre eles, embora ainda persistam muitos resultados inconclusivos e questões em aberto quanto a este assunto.

Relativamente ao tema escolhido viuvez considerou-se este primordial porque a perda por viuvez em idade avançada é, porventura, de entre vários acontecimentos do ciclo de vida, um dos mais normativos e, simultaneamente, dos menos investigados. Além dos desafios inerentes à falta de projetos ou expectativas culturais para a idade avançada, a perda por viuvez aparentemente adiciona complexidade e dificuldade à vida do adulto sénior, pelos novos problemas que deve enfrentar e lidar. Este grupo populacional em geral evidencia solidão, tristeza, inatividade, falta de recursos para poderem usufruir das suas capacidades, ainda conservadas, e revela também potencialidades tanto para os próprios como para a sociedade onde estão inseridos.

O trabalho encontra-se organizado em cinco partes. Na primeira parte, enquadramento teórico, é apresentada a revisão bibliográfica relativa aos conceitos centrais da investigação. Nela são apresentados os fatores explicativos já conhecidos bem como alguns dos estudos já realizados. Na segunda parte, fase conceptual, inclui-se a explicitação dos objetivos da investigação. Na terceira parte, fase metodológica é efetuada a caracterização dos participantes, dos instrumentos e dos procedimentos. Na quarta parte apresentam-se e discutem-se os resultados obtidos. E por fim na quinta parte o projeto de intervenção designado de *Sorri(vi)zinho*, com base nos resultados obtidos, serão apresentadas um conjunto de propostas de intervenção.



## **PARTE I- ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

### **1. ENVELHECIMENTO**

#### **1.1. PROCESSO DE ENVELHECIMENTO**

Grandes partes dos estudos desenvolvidos na área da gerontologia revelam que as investigações que buscam a compreensão das mudanças psicológicas dos sujeitos gerontes concentram-se nas perdas e declínios das potencialidades que acontecem durante a vida. Na perspectiva de Catarino (2011), essa trajetória vital representa uma gama de experiências que são orientadas por valores, metas, crenças e formas próprias que a pessoa mais velha utiliza para interpretar o mundo. É evidente que a relação desses eventos e das circunstâncias que permeiam esse trajeto sofre uma forte influência do meio, mas também sociais e culturais, que vão a cada momento influenciar as opções de vida.

Para o autor, envelhecer é construir este caminho a partir destes frutos, não existindo neste processo um caminho já traçado. Pelo contrário, envelhecer é pisar permanentemente novos caminhos, confrontando com novas exigências, devendo inclusive renunciar a uma certa forma de continuidade, sobretudo biológica, e desenvolver atitudes psicológicas que o levem a superar dificuldades e conflitos integrando limites e possibilidades.

De acordo com Fernandes (2010), o envelhecimento é um processo de declínio progressivo e diferencial pois ocorre de uma forma única em cada indivíduo. Sendo assim, todos envelhecemos de uma forma específica e mediante diversos fatores como os biológicos, sociais e psicológicos. O desafio do envelhecimento para o geronte é preparar esta etapa da sua vida da melhor forma para a viver com qualidade, física, mental, afetiva e cívica. A qualidade dos anos futuros depende da qualidade dos anos que vivemos em qualquer etapa da vida anterior

As transformações de carácter biopsicossocial levam ao inevitável aparecimento de determinadas dificuldades, bem como ao aparecimento de algum tipo de problema de saúde. Numa visão considerada por alguns autores como simplista, todo o ser humano ao longo da sua vida vai passando por vários processos de transformação, a nível físico,

psicológico e social, passando por várias fases de mudança e mesmo de transição. Destes processos resulta, frequentemente, a emergência de novos comportamentos, de novas percepções da realidade, de novas redes de relações interpessoais, ou seja, de novas formas de adaptação pessoa-meio.

Segundo Catarino (2011), o envelhecer é variável de indivíduo para indivíduo, assim a velhice não pode ser encarada de igual forma por todas as pessoas que chegam a esta fase da vida; há que ter em conta a individualidade deste fenómeno. Não se pode simplesmente incluir uma pessoa no grupo das pessoas mais velhas só por ter alcançado determinada idade, é importante que se vá para além disso, ligando os vários fatores de envelhecimento à história de vida e personalidade de cada um, que certamente terão grande influência na chegada à chamada velhice.

Existem várias definições de envelhecimento e vários são os conceitos adjacentes tais como, as definições de envelhecimento saudável, ativo e bem-sucedido. Envelhecer bem, é uma questão subjetiva e não tem uma definição estática, pois, está associada a valores particulares que se ganham ao longo do percurso de vida.

De acordo com Gonçalves, Martín, Guedes, Cabral-Pinto & Fonseca (2006), na década de 80 surgiu Baltes e Baltes com o modelo do Envelhecimento Bem-Sucedido (EBS). O envelhecimento é compreendido através do modelo de seleção, otimização e compensação, ou seja, são delineados objetivos por parte do geronte tendo em conta os condicionalismos inerentes à idade, sendo posteriormente descritas e reunidas as condições necessárias para que seja possível alcançar os objetivos inicialmente propostos. Os contextos sociais e culturais contribuem bastante na forma como a pessoa mais velha encara o processo de envelhecimento e se comporta, bem como a visão que a sociedade tem.

De acordo com Fernandes (2010), envelhecer bem é aceitar esta etapa adaptando-se e recorrendo a estratégias para conservar a sua autoestima e inventar uma nova forma de viver. Vários autores definiram este conceito como “envelhecimento bem-sucedido” para se ter este envelhecimento os autores consideram que devem estar presentes três características essenciais tais como, baixo risco de doenças e de incapacidade relacionada com a doença, função mental e física elevada e comprometimento ativo com a vida.

Durante muito tempo, as investigações no domínio do envelhecimento procuraram conceptualizar o significado de um envelhecimento bem-sucedido na

inclusão de dimensões como a felicidade, equilíbrio emocional, bem-estar subjetivo e depressão, permitindo consolidar algumas bases para se repensar e conceptualizar novas pesquisas centradas no funcionamento psicológico positivo na idade avançada.

Deste modo, a ideia de que a velhice é uma fase de perdas tem sido substituída pela consideração de que os estádios mais avançados da vida são períodos propícios a novas conquistas, orientadas pela busca do prazer, pela realização de projetos adiados e de satisfação pessoal. Ascensão (2011) e Fernandes (2010), referem que as experiências vividas e os saberes acumulados são vistos como ganhos que oferecem elementos para se buscar novas identidades, para realizar sonhos e estabelecer boas relações intergeracionais. Portanto, envelhecer é transitar para uma nova etapa da vida, que deve ser encarada de forma positiva, saudável e proactiva. Velhice não é uma doença, mas sim uma fase na qual o ser humano fica mais suscetível a doenças.

## 1.2. PERSPETIVAS SOBRE O ENVELHECIMENTO

Sendo o envelhecimento um processo natural, inevitável e contínuo. São numerosos os estudos que se debruçam sobre os processos biológicos, psicológicos e sociais associados ao envelhecimento. De acordo com Birren e Schaie (1999 cit.por Rebelo 2007) existem três concepções teóricas diferentes sobre a natureza da velhice. Uma perspetiva, baseada em estudos psiquiátricos, que encara a terceira idade como um período de perdas, uma perspetiva na área da psicologia social e da personalidade que se baseia em descrições positivas sobre o processo de envelhecimento e por fim uma posição intermédia que é proposta pelos estudos do modelo do desenvolvimento coextensivo à duração da vida, que aceitam a existência de um desenvolvimento com aspetos positivos e negativos.

A perspetiva do ciclo de vida permite-nos olhar e compreender o desenvolvimento humano. Nesta perspetiva existem indicadores da passagem ao longo da vida, que são tarefas normativas, como o primeiro emprego, o casamento, a viuvez e a reforma. Com efeito, ao longo do nosso percurso de vida vamos interagindo com o ambiente que nos rodeia que, em conjunto com a individualidade de cada pessoa, opera a mudança da nossa personalidade.

Baltes (1997 cit. por Silva 2004), define a psicologia do desenvolvimento do ciclo de vida como uma ciência que envolve o estudo da estabilidade e da mudança, no comportamento das pessoas, desde o nascimento até à morte. De acordo com este autor nenhum período etário tem supremacia na regulação da natureza do desenvolvimento, contribuindo todos de igual importância e intensidade para o processo do desenvolvimento. O autor considera que o desenvolvimento não se traduz somente em ganhos (crescimento). Com efeito, ao longo do nosso percurso de vida vamos desenvolvendo as nossas capacidades de adaptação a novas situações e promovendo ao mesmo tempo novas capacidades de adaptação à perda (declínio) de capacidades anteriores. O desenvolvimento consiste, portanto, na ocorrência conjunta de ganhos (crescimento), e perdas (declínio).

Desta forma, Erikson (1982 cit. por Silva 2004), descreve o desenvolvimento humano como uma série de conflitos ou pontos de viragem. Um total de oito conflitos emerge entre o período de bebé e a velhice, deste modo, para Gallatin (1978 cit. por Silva 2004), o desenvolvimento da personalidade é dinâmico e contínuo. É um processo que começa no berço e termina no túmulo. Este processo desenvolve-se através de uma ordenação e integração de experiências, denominada a teoria orgânica. Significa que a personalidade se constrói como um todo orgânico que não pode ser dividido, ou seja, o desenvolvimento da personalidade envolve três dimensões: biológica, social e individual. O desenvolvimento decorre da interação destes três elementos, não fazendo qualquer sentido a existência de uma dimensão isolada das outras. A individualidade atribuída a cada personalidade resulta da visão e da interação de cada indivíduo com a sociedade em que se insere.

Deste modo, Erikson (1982 cit. por Silva 2004), considera que toda a existência humana evolui em decorrência da necessidade de se manter um certo equilíbrio. Este consegue-se através da resolução dos conflitos característicos de cada idade do homem. O autor fala de oito idades do homem: (1) período de bebé; (2) infância inicial; (3) período pré-escolar; (4) idade escolar; (5) adolescência; (6) idade adulta jovem; (7) idade adulta e (8) velhice. Cada uma destas idades debate-se com um conflito, e do equilíbrio alcançado entre cada um dos conflitos, nascem forças psicossociais ou virtudes. Neste sentido, os sentimentos de dor e perda vividos durante todas as idades do ciclo de vida, preparam-nos para a jornada final da vida, até à morte. Com efeito, o último estágio do autor denominado velhice caracteriza-se por uma luta entre a

integridade e o desespero dando origem à sabedoria. Estes sentimentos de dor e perda são apresentados na teoria da personalidade como sendo importantes e devem ser tolerados para que, desta forma, se possa incorporar a mudança e também o crescimento pessoal. Kubler-Ross (1997 cit. por Silva 2004), chama-lhes as “pequenas mortes da vida”, sugerindo que a experiência da perda faz parte da vida

Contudo, com o prolongamento da esperança média de vida, os autores têm tido a necessidade de incluir novos estádios do desenvolvimento, na medida em que a terceira idade é, para a maioria dos indivíduos, um período relativamente longo. Erikson (1982 cit. por Silva 2004), por exemplo, considerou que a última etapa do ciclo vital seria aquela em que o sujeito teria uma maior necessidade de interioridade, sendo que a pessoa mais velha conseguiria a integridade do ego se fosse capaz de integrar imagens do passado através da aceitação do sentido vital, tornando-se mais capaz de compreender os outros, caso contrário, seria uma etapa marcada pelo desespero. Contudo, de acordo com Rebelo (2007), numa revisão póstuma do texto original do autor, a esposa e o seu colaborador Joan, acrescentaram um nono estágio, pautado por uma capacidade de transcendência e de observar a realidade a partir de uma meta-perspetiva. Desta forma, os autores acreditam que após uma plena integração do ego, o adulto sénior ultrapassa o período de excessiva centração em si mesmo (durante a qual faz o balanço e revisão de vida) e passa para um plano de reflexão permanente de sabedoria

A sociedade moderna, pautada por produtivismo e consumismo, vê o jovem como seu modelo essencial, e consequentemente estigmatiza a velhice, cuja consideração é algo feito genericamente, quando então só o outro envelhece, não afetando a individualidade. Renegar a velhice está ligado à não-aceitação de corpos que evidenciam a marca dos anos, os quais são o oposto do idealizado padrão jovem no modelo social atual, porque a velhice é a fase que mais se aproxima da morte. Segundo Oliveira e Lopes (2008), ter a velhice em consideração leva ao reconhecimento das próprias restrições e da finitude quanto ao desenvolvimento. A velhice, não tem início definido, mas o fim é claramente a morte. Encarar a morte como parte da vida é algo rejeitado pela consciência. A nossa energia está centrada na construção da vida, portanto, no nosso pensamento, há pouco lugar para a morte que representa o limite, dor, sofrimento e o fim.

### 1.3. A QUALIDADE DE VIDA NO GERONTE

O envelhecimento da população a nível mundial acarreta no presente, e trará no futuro, mudanças profundas em todos os sectores da sociedade. Neste sentido, destaca-se a relevância científica e social de se investigar sobre as condições que interferem no bem-estar e os fatores associados à qualidade de vida dos gerontes, no intuito de criar alternativas de intervenção e propor ações e políticas na área da saúde que respondam às necessidades da população que envelhece.

Para Novo, Fernandes, Andrade, Araújo, Mateus & Casado (2009), a qualidade de vida é um dos objetivos da vida humana mais desejado e perseguido por todos os indivíduos desde o seu nascimento até à morte. Nas pessoas mais velhas esta qualidade não depende apenas do passado, mesmo que tenha sido ótimo, depende, sobretudo, do presente e de um horizonte de futuro, mesmo que limitado.

Segundo Cruz (2012), o conceito de qualidade de vida na velhice é resultante da atuação de eventos concorrentes múltiplos, referindo-se à adaptação de indivíduos e grupos de pessoas em diferentes épocas da vida de uma ou várias sociedades. Na década de 60, o conceito de qualidade de vida aparece ligado a indicadores sociais, como a existência de saneamento ou a acessibilidade aos cuidados de saúde, evoluindo nas décadas seguintes para a conceptualização de bem-estar objetivo e social.

Vários autores na literatura e sobretudo Irigaray e Schneider (2009), referem que a qualidade de vida é influenciada de forma significativa consoante, a maior ou menor capacidade dos gerontes na realização das suas atividades instrumentais de vida diária. As capacidades podem ser divididas em dois grupos: as primárias (básicas); e as secundárias (instrumentais). As primeiras são referentes às atividades de vida diária onde se inclui a alimentação, a higiene, o vestir-se, etc. As segundas estão relacionadas com as ações do dia-a-dia não envolvendo diretamente o corpo nem as funções básicas, mas estando mesmo assim indiretamente ligadas com estas.

Vários estudos realizados vão ao encontro do modelo acima referido, quando diz que a qualidade de vida possui várias propriedades, sendo assim multifatorial, além disso é uma variável baseada na percepção pessoal que varia com o tempo e é subjetiva. Portanto, para o estudo da mesma deve-se considerar as várias dimensões implicadas.

Para Cruz (2012), a qualidade de vida associada ao envelhecimento está dependente do contexto e das circunstâncias a que cada indivíduo está sujeito. O estilo

de vida adotado, as condições pessoais particulares (posição social, idade ou género) e os fatores sociodemográficos aparecem, em estudos recentes, como os fatores que melhor explicam as diferenças inter-individuais da qualidade de vida na população mais velha.

Já Donald (1997, cit. por Cruz op.cit.), na definição de qualidade de vida para gerentes formulou cinco classes, que podem servir de guia tanto para os mais velhos como para os profissionais que com eles trabalham: o bem-estar físico, que abrange comodidade, saúde, higiene e segurança; as relações interpessoais, que abarcam as relações com familiares, amigos e participação na comunidade; o desenvolvimento pessoal, que representa as oportunidades de desenvolvimento intelectual, e autoexpressão; as atividades recreativas, tais como socialização, entretenimento passivo e ativo, e por fim as atividades espirituais, que envolvem a atividade simbólica, religiosa e o autoconhecimento.

Desta forma, existe a necessidade da sociedade se libertar de preconceitos que encaram o envelhecimento como uma forma negativa como significado de um conjunto de perdas de sentimentos, de desapego, de solidão, de vazio e de falta de identidade de papéis, para uma abordagem renovada de um processo de crescimento e desenvolvimento individual em relação com os outros e com o meio que o rodeia.

Segundo Novo *et al.* (2009), se formos um adulto saudável e feliz, provavelmente seremos uma pessoa mais velha com as mesmas características. Nem mesmo as doenças e as dificuldades físicas afetariam a nossa afetividade e maneira de encarar a vida de acordo com a visão mais ou menos positiva que tivermos do mundo. Flexibilidade e equilíbrio são duas condições fundamentais para um envelhecimento sem traumas.

#### 1.4. ENVELHECIMENTO ATIVO

Existem várias definições de envelhecimento e vários são os conceitos adjacentes tais como, as definições de envelhecimento saudável, ativo e bem-sucedido. Envelhecer bem, é uma questão subjetiva e não tem uma definição estática, pois, está associada a valores particulares que se ganham ao longo do percurso de vida.

De acordo com Novo *et al.* (2009), o envelhecimento bem-sucedido vê os sujeitos como pró-ativos, regulando a sua qualidade de vida através de objetivos e lutando para os alcançar, acumulando recursos que são úteis na sua adaptação à mudança e ativamente envolvidos no seu bem-estar. Se uma pessoa sempre foi ativa, continua a sê-lo na velhice contrariamente à crença de que os gerontes são marcadamente menos ativos que os mais novos, uma vez que os estudos apontam para a estabilidade dos níveis de atividade. No entanto, esta variável é fortemente influenciada por fatores físicos, sociais e culturais. Deste modo, a ideia de que a velhice é uma fase de perdas tem sido substituída pela consideração de que os estádios mais avançados da vida são períodos propícios a novas conquistas, orientadas pela busca do prazer, pela realização de projetos adiados e de satisfação pessoal. Ascensão (2011), menciona que as experiências vividas e os saberes acumulados são vistos como ganhos que oferecem elementos para se buscar novas identidades, para realizar sonhos e estabelecer boas relações. Portanto, de acordo com Fernandes (2010), envelhecer é transitar para uma nova etapa da vida, que deve ser encarada de forma positiva, saudável e proactiva. Velhice não é uma doença, mas sim uma fase na qual o ser humano fica mais suscetível a doenças. No decorrer do tempo, várias foram as designações utilizadas pelos autores para designar a forma positiva e proactiva de envelhecer, tais como, “envelhecimento ótimo” ou “envelhecimento bem-sucedido”. Contudo Cruz (2012) considera que estas não traduzem suficientemente a definição de padrões de sucesso, mencionando então o envelhecimento ativo como designação primordial.

Cruz (2012), alude que o envelhecimento ativo aplica-se tanto a indivíduos quanto a grupos populacionais. O envelhecimento ativo permite que as pessoas percebam o seu potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo do curso da vida, e também que participem na sociedade de acordo com suas necessidades, desejos e capacidade, protegendo-as e providenciando segurança e cuidados quando necessários.

De acordo com Ferreira, Maciel, Silva, Santos, & Moreira (2010), todo o envelhecimento considerado saudável é envelhecimento ativo. Assim, embora o ser humano vivencie perdas inexoráveis ao longo da vida, saber envelhecer de forma ativa, corresponde a poder viver mais plenamente, desfrutando de uma maior qualidade de vida. O envelhecimento ativo subentende o equilíbrio biológico e psicossocial, bem como a integração da pessoa humana no seu contexto social de inserção.



Envelhecer ativamente corresponde a viver, ainda que em idade avançada, tirando o máximo partido dos potenciais individuais. Conforme os autores supracitados referem o envelhecimento ativo quer a nível individual, quer comunitário, preconiza a conservação da autonomia física, psicológica e social do indivíduo geronte. Por outras palavras, visa assegurar a possibilidade de conservar as capacidades de tomada de decisão, o exercício do autocontrolo, da cidadania e da participação social.

Nesse sentido, para Ferreira *et al.* (2010), a dependência que revelam as pessoas mais velhas não deve ser tida como um estado permanente. Pelo contrário, para o conceito de envelhecimento ativo, a dependência constitui um processo dinâmico, ao qual está subjacente a ideia de modificação, de redução e de prevenção dessa dependência, através da criação de ambientes favoráveis e da disponibilização de uma assistência apropriada.

O conceito de envelhecimento ativo definido na Conferência Mundial sobre o Envelhecimento (WHO, 2002, cit. em Paúl, 2010), equivale a um “processo de otimização de oportunidades para a saúde”, assim como de “participação e segurança”, com vista a aumentar a qualidade de vida ao longo do envelhecimento. Este conceito desdobra-se, segundo a mencionada autora, em, pelo menos, três componentes: autonomia (ou autocontrolo); independência nas atividades de vida diária (AVD) e nas atividades instrumentais de vida diária (AIVD); qualidade de vida e expectativas de vida saudável. Por sua vez, os eixos em que se alicerça o conceito de envelhecimento ativo passam pela participação social, pela saúde e pela segurança. Já os determinantes de um processo de envelhecimento ativo pertencem às esferas pessoal, comportamental e socioeconómica, prendendo-se com questões de género e de cultura.

Resumindo, o envelhecimento ativo é considerado como um processo que se estende ao longo de toda a vida e em que a história individual se constrói e se materializa em resultados profundamente heterogéneos e idiossincráticos.

## 1.5. SAÚDE MENTAL E ENVELHECIMENTO

Ser geronte significa que foi possível sobreviver e adaptar-se com mais ou menos saúde mental e, portanto, com maior ou menor bem-estar a desafios específicos de outras fases da vida. Silva (2005), refere que o processo de envelhecimento ao longo

da velhice traz ele próprio desafios adaptativos que lhe são peculiares. Deste modo vários autores têm-se debruçado sobre um vasto conjunto de variáveis externas e internas das pessoas mais velhas entre as quais o estado civil, o estatuto socioeconómico, a rede de suporte social, a atividade, o controlo pessoal, a saúde física e a capacidade funcional entre outras, tem sido estudadas, procurando-se aferir da sua relevância para o bem-estar e para a saúde mental. Sendo assim, Fragoeiro (2008), indica que pode-se aferir que a concomitância de um conjunto de fatores de risco e dos seus efeitos e a ausência de fatores protetores, bem como a inter-relação de ambos, predis põem a pessoa para desenvolver problemas de saúde mental ou, contrariamente, para se manter mentalmente saudável

Para alguns autores a saúde mental é determinada por quatro influências principais: fatores e experiências individuais, interações sociais, estruturas e recursos da sociedade e valores culturais. A doença mental (saúde mental negativa) tal como menciona Fragoeiro, (2008), envolve um *continuum* que se estende das mais severas desordens mentais até uma variedade de sintomas de diferente intensidade e duração, resultando numa multiplicidade de consequências.

Lahtinen (1999 cit. por Fragoeiro, 2008) referem-se à saúde mental como uma componente essencial da saúde em geral. Consideram-na como resultante de vários fatores predisponentes (p. e., experiências da infância), de fatores precipitantes (p. e., acontecimentos de vida stressantes), do contexto social e dos recursos (p. e., autoestima) e das experiências individuais. Descrevem a saúde mental positiva como a capacidade para perceber, compreender e interpretar o meio envolvente, para adaptar-se ao mesmo e para mudá-lo se necessário, para pensar, falar e comunicar com as outras pessoas.

Fry (2000 cit. por Fragoeiro, 2008) considera que os gerontes são uma população em risco, especialmente pelo facto da perda de controlo e de poder pessoal nas idades avançadas serem inevitavelmente acompanhados por um correspondente aumento de uma atitude depressiva face a si próprio, de laços emocionais disruptivos, solidão e interações conflituosas. O isolamento social e a solidão nas pessoas mais velhas estão ligados ao declínio no bem-estar mental e físico.

Já Silva (2005), relata que outro desafio surge quando a deterioração física se acentua e se verifica uma perda de autonomia instrumental, funcional e/ou física, ficando o geronte mais ou menos dependente no que se refere a cuidados de manutenção. Esta dependência que, na maioria das vezes é vivida no seio da família

restrita, exige uma redefinição das relações havidas anteriormente, até ser possível encontrar um equilíbrio satisfatório que permita o Bem-Estar.

De acordo com Novo (1999 cit. por Fragoeiro, 2008) as perspectivas mais positivas e abrangentes tem frequentemente considerado o bem-estar psicológico como dimensão fundamental da saúde mental. O bem-estar psicológico tem como dimensões subjacentes a congruência entre aspirações e as realizações, o afeto (positivo e negativo) e ainda possivelmente, a felicidade. O funcionamento psicológico positivo nas idades precoces parece explicar o envelhecimento bem-sucedido nas idades tardias.

De acordo com, Fragoeiro (2008), nas pessoas mais velhas, à semelhança do que acontece noutros estádios do ciclo de vida, a concomitância de vários fatores protetores pode potenciar a existência de uma saúde mental positiva, ou contrariamente, a presença de múltiplos fatores de risco, pode facilitar o desequilíbrio e o surgimento de perturbações mentais. Desta forma, cada vez mais se observa que nesta faixa etária os gerontes possuem capacidades intelectuais e físicas intactas, com maior formação pessoal e profissional e interesse em permanecer ativos. Envelhecer com saúde, autonomia e independência o mais tempo possível, constitui assim hoje, um desafio à responsabilidade individual e coletiva, com tradução significativa no desenvolvimento económico do país. O que incita segundo Gonçalves *et al.* (2006), à criação, desenvolvimento e implementação de novos serviços de apoio aos gerontes. Deste modo, os profissionais que trabalham de modo direto ou indireto com pessoas mais velhas, em contextos sociais, de saúde ou políticos, têm a responsabilidade de garantir a manutenção dos papéis e, consequentemente, o seu bem-estar e qualidade de vida. O envelhecimento bem-sucedido só será alcançado se houver esforço intencional e concertado por parte dos gerontes e dos profissionais. A promoção de um envelhecimento mais adaptado acontecerá se ultrapassar os estereótipos que apresentam as pessoas mais velhas como frágeis, incapazes, doentes e pouco produtivos, substituindo a imagem tradicional por outra mais atual, de recursos, capacidade e disponibilidade.

Moreira e Melo (2005), a nível de intervenção em gerontes referem que os principais indicadores a ter em conta são: a reforma, as necessidades de lidar com o envelhecimento e a doença, a prestação de cuidados ao cônjuge e a inevitabilidade de lidar com a morte do cônjuge e dos seus pares. Com base no que foi referido os fatores de risco nesta fase do ciclo de vida são: a perda da relação conjugal ou luto, doença

cronica, isolamento e rejeição social e perda de papéis sociais significativos. Por outro lado, os fatores protetores que poderão equilibrar dizem respeito ao apoio social (família, pares, grupos de apoio formais e relações informais).

Desta forma segundo Silva (2010), a pessoa mais velha deve ser vista como uma pessoa capaz de continuar, ou estabelecer, o seu projeto de vida com qualidade. O bem-estar psicológico na velhice está relacionado à autoestima, autoconceito e autoimagem, conceitos estes que desenvolvem parte da nossa personalidade, eles são essenciais para envelhecermos com saúde mental, pois na velhice é exigido uma autoaceitação das próprias limitações em várias situações da vida, e nesta aceitação o importante é o gostar de si próprio valorizando as suas habilidades e aceitando as suas limitações. Desta forma segundo o autor supracitado, a pessoa mais velha deve ser vista como uma pessoa capaz de continuar, ou estabelecer, o seu projeto de vida com qualidade.

Por outro lado, para Ascensão (2011), o bem-estar do geronte passa não só pela sua própria capacidade de interação mas também pela atenção e oportunidade que lhe são dadas para tal; a capacidade de interagir socialmente é fundamental para a pessoa mais velha, para conquistar e manter redes de apoio social e, consequentemente, garantir melhor qualidade de vida. Uma vez que a velhice é caracterizada por uma tendência para a diminuição de contactos e relacionamentos sociais importantes, agradáveis e significativos tornam-se particularmente relevantes as propostas de intervenção grupal para gerontes, a fim de se evitar o sentimento de solidão.

Ascensão (2011), refere que os grupos de terceira idade dão apoio aos gerontes e procuram promover a saúde através da valorização da vida. É, então, possível identificar a importância da amizade, do contacto com o outro, através das atividades grupais. A afiliação a grupos possibilita à pessoa mais velha dispor de uma rede social onde se sente compreendida pelos outros participantes, fazendo-a sentir-se acolhida e importante. Pode assim dizer-se que a pessoa mais velha com maior contacto social tende a ser socialmente mais competente, e possuir níveis mais elevados de qualidade de vida. Além disso, a participação num grupo permite uma reavaliação do senso de identidade do geronte, do seu papel e do lugar que ocupa na sociedade, inclusive na família, podendo consequentemente devolver-lhe a dignidade.

## 1.6. ADAPTAÇÃO À VIUEZ NAS PESSOAS MAIS VELHAS

### 1.6.1. *O processo de luto e seu impacto no self do sênior*

Para que a velhice ocorra sem conflito é necessário que a pessoa aceite as limitações com que se depara nas diferentes situações da vida, e nesta aceitação o importante é o gostar de si próprio, valorizando as suas habilidades e aceitando as autolimitações.

Na verdade a velhice é um tempo de perdas múltiplas e sequenciais. A pessoa mais velha vai vendo partir familiares e amigos. E a forma como cada perda é vivida pode ser influenciada por um amplo conjunto de fatores, entre os quais, a natureza da relação com a pessoa falecida, as circunstâncias da perda, a existência de vulnerabilidade pessoal prévia e o grau de apoio familiar e social.

Na idade adulta avançada, acrescem ainda outros aspetos relacionados com o envelhecimento que podem influenciar a capacidade dos gerontes para lidar com o luto. Segundo Oliveira (2012), os processos de envelhecimento normal ditam mudanças significativas no funcionamento fisiológico e funcional dos mais velhos, com o aumento da sua vulnerabilidade física e consequente diminuição da sua capacidade de resposta e recuperação face a doenças traumáticas e/ou crónicas, o que pode ter um impacto na forma como o luto é experienciado nesta fase de vida. Por outro lado, nem sempre os contextos interpessoais na velhice correspondem às necessidades dos mais velhos. Embora existam muitos gerontes que têm, efetivamente, redes de suporte social e familiar adequadas e eficazes, muitos outros enfrentam situações de grande isolamento e solidão, o que pode dificultar igualmente a vivência do processo de luto.

Barros de Oliveira (2010), refere que o luto na terceira idade é um processo muito complexo e por vezes ambíguo, mas principalmente penoso e inultrapassável, como quando morre um filho ou o cônjuge, dependendo muito da idiossincrasia da pessoa e do apoio do meio ambiente.

Sobre esta temática Oliveira e Lopes (2008) mencionam que o luto pode ser definido como um conjunto de reações diante de uma perda, portanto algo a não ser desprezado, e sim devidamente valorizado e acompanhado como parte da saúde emocional. O luto é o acontecimento vital mais grave que a maior parte de nós pode experienciar. Não obstante, torna-se importante considerar que o luto não é um conjunto

de sintomas que tem início após uma perda e, depois gradualmente se desvanece; o luto envolve uma sucessão de quadros clínicos que se mesclam e se substituem. O luto é assim considerado como a fase da expressão dos sentimentos decorrentes da perda, a qual se demonstra por choque, desejo, desorganização e organização. É a fase de aprender que a morte deve ser tornada real, a partir do que se torna possível estabelecer novas concepções sobre o mundo, favorecendo investimentos pessoais

Desta forma, de acordo com a perspectiva de Oliveira (2012) o luto pode ser compreendido como um processo normal e penoso, necessário para superação da perda. Esse processo é considerado como uma reação natural ao rompimento de um vínculo, que produz uma dor pela morte de alguém. Sendo que essa dor precisa ser elaborada, pelo organismo, a fim de ser superada. É durante o esforço do ser humano para elaboração da perda que pode distanciar-se total ou parcialmente do que ocorre ao seu redor, o que em alguns casos pode facilitar e em outros dificultar o enfrentamento da situação.

À partida, e tal como menciona Oliveira (2012), pode-se pensar que uma adaptação bem-sucedida a perdas passadas poderia conduzir ao desenvolvimento de uma visão do mundo e do *self* facilitadora da adaptação a perdas futuras. No entanto, nem sempre tal se verifica, pois cada perda tem um significado e impacto único para os indivíduos, além de que esta situação pode conduzir a uma sobrecarga de perdas e a um efeito cumulativo negativo. Além disso, é também importante ter em consideração que vivenciar a perda de pessoas próximas, nomeadamente, do cônjuge, pode aumentar a consciência da própria mortalidade, conduzindo à angústia existencial e à depressão.

Silva (2004), nos seus estudos reforça a ideia de que o luto é assim um estado específico causado pela morte de alguém que nos é querido ou próximo. Pode encontrar várias formas de exprimir a dor a ele associada, ora através do choro, ora através de uma tristeza profunda, ou então exprimindo outros sentimentos através de um mal-estar psicológico ou físico. A morte, marca o início do processo de transição da pessoa enlutada.

De acordo com Silverman (2000 cit. por Silva 2004), o surgimento de um acontecimento que provoque um desequilíbrio, como por exemplo, a morte do cônjuge, requer uma mudança de papel e de um período de tempo para lidar com a experiência causadora do desequilíbrio e para fazer a mudança. No que concerne aos gerontes viúvos estes, ficam completamente sós após a morte do cônjuge, com pouco ou nenhum

suporte familiar ou social, enfrentando fortes sentimentos de solidão e isolamento, podendo agudizar as consequências do luto.

A morte de um dos cônjuges significa a perda de um papel conjugal e parte da identidade construída durante décadas de vida a dois, o que pode tornar a adaptação à perda ainda mais difícil. Para Worden (1998, cit. por Oliveira 2012), é importante ter em consideração alguns aspetos específicos na compreensão da viuvez na idade adulta avançada. Com a perda do marido, a agora viúva, perde também a sua identidade construída ao longo do seu casamento, da sua relação com o cônjuge. Pode-se afirmar, portanto, que a mulher sofre, então uma dupla perda, ou seja, a sua relação (de vinculação com o morto) e a sua identidade (construída com o marido enquanto sua esposa). Com o passar do tempo, a viúva abandonará o seu papel de esposa, adaptando-se e acomodando-se à sua nova situação. Este processo é feito através de várias fases e para facilitar o movimento através destas fases, a viúva precisa de aprender a encontrar novas formas de lidar com o passado e com a sua perda por forma a fazer a acomodação e adquirir uma nova identidade. A adaptação ou acomodação à perda ocorre quando as pessoas enlutadas desenvolvem estratégias capazes de as ajudar a lidar com este estado de transição.

No processo da viuvez o grupo de amigos é fundamental para o bem-estar, porque criam-se laços de convívio, desabafo, partilha de experiências com o intuito de o levarem a participar em atividades lúdicas, de forma atenuar o sofrimento, pois normalmente, quando há uma distância das pessoas mais próximas, as pessoas mais velhas têm tendência a desvincularem-se e a envolverem-se menos socialmente o que acarreta um empobrecimento de relações sociais.

Neste sentido, Lund, Diamond e Jurelich (1985, cit. por Oliveira 2012) consideram que os grupos de apoio a pessoas enlutadas podem ter um papel importante no apoio a gerentes viúvos, por proporcionarem uma rede de apoio e de combate ao isolamento e à solidão.

#### 1.6.2. *O impacto do luto na vida diária da pessoa enlutada*

Apesar de a maioria dos estudos por nós até agora analisados se focar na forma como os indivíduos processam a sua perda, a verdade é que a perda é também um “assunto de família”. Vimos que a colaboração e a participação da família no apoio à

pessoa enlutada podem constituir um fator importante para o sucesso do processo de adaptação ao luto. O grau de importância que o apoio familiar representa no desempenho da sua função relacional, aumenta com o avançar da idade e consequente dependência para a realização de tarefas diárias.

O cônjuge enlutado ao ver-se confrontado com a exigência de desempenhar tarefas relacionadas com as lides domésticas e com a gerência da casa (pequenas reparações, preparação de refeições, por exemplo), que antes eram da responsabilidade do cônjuge falecido, pode sentir essas tarefas como um fardo adicional e uma dificuldade acrescida, uma fonte de *stress* e de preocupação, especialmente se vivem sós, gerando muitas vezes o surgimento de problemas físicos e mentais. De acordo com Silva (2004), as pessoas demasiadamente preocupadas com a sua dor e o seu sofrimento podem negligenciar a sua alimentação ou a sua saúde.

As dificuldades associadas à viuvez diferem consideravelmente entre homens e mulheres, refletindo diferenças de género ao nível do emprego, comportamentos de saúde, relações e integração social e poder marital ao longo da vida. A natureza e a magnitude destas diferenças variam através dos diferentes países e contextos culturais, refletindo as diferenças sociais e económicas proporcionadas às mulheres e homens mais velhos. Para Oliveira, (2012), a viuvez é mais comum nas mulheres do que nos homens, no entanto, ambos os sexos enfrentam diferentes desafios ao lidar com a morte do cônjuge. Os estudos têm sugerido que a experiência da viuvez, em termos psicológicos, é mais difícil para os homens do que para as mulheres, pelo menos entre as pessoas mais velhas. Às consequências psicológicas ditadas pela perda da pessoa amada e pela transição do estado de casado para viúvo, somam-se grandes mudanças nas condições de vida e nos contextos sociais, aumentando os níveis de *stress* e perturbação emocional, o que tem impacto ao nível da saúde física que, no caso dos mais velhos, já se encontra naturalmente mais fragilizada. Por outro lado, no caso de muitos homens, era muitas vezes a esposa quem monitorizava a sua saúde, pelo que, após a viuvez, com a perda deste controlo, se verifica o início de comportamentos de risco, como o abuso de substâncias, problemas de sono e má alimentação, desta forma torna-se imprescindível perceber como ambos os géneros efetuam adaptação ao luto.



## 1.7. ADAPTAÇÃO AO LUTO

Já apreendemos que existem diferenças na forma como a adaptação ao luto é efetuada nos géneros. Oliveira (2012), nos seus estudos verificou que nos homens viúvos, os resultados mostram, haver uma diminuição na saúde mental e um aumento da depressão, conduzindo esta última a uma diminuição na participação social dos homens, em contraste com a participação social das mulheres que não é alterada, mas que a longo prazo diminui, só como função da idade e não da viuvez.

O autor supracitado, refere que após a viuvez, a maior fonte de vulnerabilidade para as mulheres são as dificuldades económicas, enquanto para os homens o maior impacto é a redução ao nível da interação social e do suporte social, bem como a necessidade de apoio ao nível da proteção da saúde e da realização das tarefas domésticas. Ou seja, nos seus estudos o autor concluiu que as mulheres adaptam-se melhor à viuvez que os homens.

Carr e Bodnar-Deren (2009, cit. por Oliveira 2012), reforçam a importância de uma avaliação multidimensional da adaptação dos gerentes à perda do cônjuge. Esta avaliação deve incluir um amplo conjunto de variáveis sociais, económicas e comportamentais, incluindo: a participação e envolvimento social, o grau de apoio social recebido e percebido, aspetos relacionados com a saúde física, estratégias para lidarem com as atividades diárias e o crescimento pessoal em face da perda. De acordo com estes autores, verifica-se que as investigações nesta área se têm centrado, sobretudo, na avaliação das consequências psicológicas negativas da viuvez. No entanto, seria também importante investigar as potenciais consequências psicológicas positivas associadas à perda, tais como, a resiliência psicológica e o crescimento pessoal e pós-traumático.

Hansson e colaboradores (1993, cit. por Oliveira 2012), apresentam uma conceptualização positiva do processo de viuvez. Encarando o desenvolvimento numa perspetiva de ciclo de vida segundo o qual a adaptação e o crescimento são possíveis em qualquer fase de vida, mesmo nos últimos anos, estes autores defendem que a viuvez pode permitir aos viúvos olhar para o futuro de uma outra forma. Os viúvos podem planear e investir no seu futuro, assumindo o controlo individual das suas opções de vida, podendo olhar o tempo de uma forma mais ampla e mais alargada, podendo, assim, reconstruir as suas vidas após a morte do cônjuge. Ou seja, apesar de o luto

conjugal constituir um difícil acontecimento de vida, normalmente acompanhado de dificuldades a nível emocional, físico e social, muitos viúvos e viúvas são capazes de atribuir um significado a essa perda, lidando com os seus sentimentos de uma forma adaptativa, mantendo a sua estabilidade emocional, desenvolvendo novas aprendizagens e atividades, novas relações de amizade e românticas e, acima de tudo, redefinindo a sua identidade pessoal. A viuvez pode tornar-se, assim, um lugar de crescimento e resiliência.

Com base no que foi referenciado para promover uma adaptação a viuvez positiva geradora de bem-estar e a satisfação com a vida é imprescindível conceber estratégias de relacionamento comunitário, fortalecendo as redes sociais de suporte, e ter em conta estilos de vida saudáveis e proactivos.

## 1.8. FATORES DE PROTEÇÃO PARA UMA ADAPTAÇÃO Á VIUVEZ POSITIVA NOS GERONTES

### *1.8.1. Bem-Estar e Satisfação de Vida nos Gerontes*

Apesar de o envelhecimento ser acompanhado de um conjunto de alterações a diversos níveis, as perdas físicas, psicológicas ou sociais podem ser atenuadas ou melhoradas pelo contexto físico e relacional no qual a pessoa mais velha permanece e onde mantém relações (familiares, vizinhança, etc.). Segundo Matias (2010), é com base numa perspetiva do curso de vida e nas consequentes relações pessoa-ambiente que é possível perceber as diferentes formas de estar e sentir e os respetivos mecanismos de adaptação com o contexto atual. De acordo com Fonseca (2005, cit. por Matias 2010), as diferentes formas de estruturação desta interação podem dizer-nos muito acerca da satisfação de vida dos indivíduos nesta fase da vida e da sua capacidade adaptativa. A autora refere que acontecimentos como a entrada na reforma, a mudança de residência ou a viuvez, constituem acontecimentos suscetíveis de alterarem significativamente o bem-estar individual, obrigando a uma reorganização das relações pessoa-ambiente com efeitos óbvios em termos adaptativos.

Desta forma, vários autores têm vindo a demonstrar nos seus estudos o papel fulcral do bem-estar subjetivo e do bem-estar psicológico uma vez que ambos contribuem para um envelhecimento bem-sucedido.

Ryff (1989, cit. por Henriquete 2013) considera que o bem-estar psicológico diz respeito ao funcionamento psicológico positivo do indivíduo através de seis dimensões: a aceitação de si, o sentido e/ou objetivos de vida, o domínio sobre o ambiente, as relações positivas com os outros, a autonomia e o crescimento pessoal, as quais passamos a definir:

- A aceitação de si reporta-se à aceitação de bons ou maus sentimentos relativos à sua vida;
- Os objetivos ou sentido de vida dizem respeito à existência de objetivos que o indivíduo cria de modo a direcionar os seus comportamentos e conferir sentido à sua vida;
- A dimensão - domínio sobre o meio - consiste na capacidade do indivíduo para escolher e criar um determinado ambiente compatível consigo;
- As relações positivas com os outros representam relações de afeto, confiança, empatia e intimidade;
- A autonomia caracteriza-se pela independência, um *locus* de controlo interno e autodeterminação, e por fim,
- O crescimento pessoal diz respeito à capacidade de desenvolvimento pessoal.

Por sua vez Lawton (1975) conceptualiza o bem-estar psicológico na terceira idade em três fatores: solidão/insatisfação (isto é, uma avaliação subjetiva do ambiente e das redes de apoio); atitudes face ao próprio envelhecimento (ou seja, um balanço entre a vida passada e a atual); e agitação (isto é, comportamentos de ansiedade ou a sua ausência (Lawton, 1975, cit. por Henriquete 2013).

Diversos têm sido os estudos realizados neste âmbito, quer utilizando a conceptualização de Ryff, ou seja o bem-estar com seis componentes, quer a conceptualização de Lawton do bem-estar com três fatores.

Pinquart e Sorensen (2000, cit. por Henriquete 2013), numa meta-análise realizada com a finalidade de verificar quais as principais relações existentes na associação entre o bem-estar psicológico e diversas variáveis de cariz sociodemográfico, concluíram que o bem-estar psicológico está relacionado com o estatuto socioeconómico e educacional, as redes sociais, a competência e a saúde. O

autor chama a atenção para o facto das redes sociais apresentarem efeitos diretos e efeitos indiretos no bem-estar psicológico. Por um lado, o sentimento de afeto dos outros contribui para um aumento do bem-estar subjetivo, e reduz o impacto negativo das adversidades, enquanto por outro lado, a doença e a incapacidade podem acarretar consequências negativas para o relacionamento social, na medida em que o enfraquece, e contribui assim, para uma diminuição do bem-estar. Este, por sua vez, também diminui quando as relações sociais ao invés de operarem como suporte, operam negativamente no geronte, reduzindo o seu autoconceito e o seu bem-estar psicológico (Fonseca, 2006).

É neste sentido que, para Fonseca, o estudo do bem-estar psicológico no âmbito do envelhecimento é de extrema importância uma vez que permite analisar quer o seu impacto, quer o seu papel no envelhecimento.

O autor considera que socioeconómico e educacional, verifica-se que níveis mais elevados contribuem para o bem-estar psicológico, além de se encontrarem associados a um *coping* mais eficaz. No que concerne à competência, esta interliga-se com o bem-estar psicológico, na medida em que a perda da mesma pode afetar negativamente o bem-estar psicológico. Quando a aptidão é reduzida, tende a restringir a realização de atividades, contribuindo, igualmente, para a diminuição do bem-estar das pessoas mais idosas. Por outro lado, as atividades que são desempenhadas com motivação intrínseca concorrem para um bem-estar positivo, independentemente dos níveis de actividade

Por último, refira-se que a saúde não apresenta uma relação linear com o bem-estar psicológico. De facto, segundo Fonseca (op.cit), o declínio da saúde física não se relaciona diretamente com a diminuição ou manutenção do bem-estar psicológico, uma vez que este vai depender de outros fatores, nomeadamente, a personalidade e as redes sociais. Assim, o declínio na saúde não provoca, por si só, danos acentuados no bem-estar psicológico dos gerontes.

Relativamente ao bem-estar subjetivo (BES) Diener e Diener (1996, cit. por Henriqueto 2013) referem que consiste numa avaliação que os indivíduos realizam quanto à sua própria vida, sendo composto por duas dimensões: afetiva, (isto é afetividade positiva e afetividade negativa) e cognitiva que diz respeito à avaliação global que o indivíduo faz da sua vida (Isto é, a satisfação com a vida).

De acordo com Catarino (2011), o BES é uma atitude e como tal possui pelo menos dois componentes básicos: afeto e cognição. O componente cognitivo refere-se

aos aspetos racionais e intelectuais, enquanto o componente afetivo envolve os componentes emocionais. Além dessa distinção, que auxilia o entendimento e a medida, o componente afetivo pode ser dividido em afeto positivo e negativo. Andrews e Withey (1976, cit. por Catarino 2011) estruturaram, como componentes do BES, o julgamento de satisfação com a vida e o afeto positivo e negativo; ou seja, a componente cognitiva envolve julgamentos da vida do próprio sujeito, quer seja a satisfação com a vida como um todo, ou a satisfação em diversos domínios da vida como o trabalho, a família, saúde e ocupação.

Segundo Neri (2007, cit. por Pereira 2012), o BES levou à especificação de quatro aspetos centrais do mesmo, que no entender do autor são os seguintes: o BES resulta de experiências individuais, não tendo em conta nem a saúde, nem o conforto ou a riqueza; a avaliação do BES compreende a saúde física e mental, as relações sociais e a espiritualidade; o BES compreende afetos, tanto positivos (AP) como afetos negativos (AN); e por último, compreende a satisfação com a vida, o que compreende que o mesmo seja constituído por uma componente emocional e por uma componente cognitiva.

O bem-estar subjetivo tem sido guiado por duas concepções de funcionamento positivo. A primeira, iniciada pelo trabalho de Bradburn (1969 cit. por Catarino 2011), diferencia o afeto positivo do negativo e define a felicidade como o equilíbrio entre os dois. A segunda concepção, elaborada por Ryff e Keyes (1995, cit. por Catarino 2011), que vem ganhando atenção entre sociólogos, enfatiza a satisfação com a vida como o principal indicador do bem-estar. A satisfação com a vida é vista como a componente cognitiva que complementa a felicidade, dimensão afetiva do funcionamento positivo

Importa assim definir, de acordo com Henriqueto (2013), que a satisfação com a vida está relacionada com a avaliação realizada pelos próprios indivíduos, entre as aspirações e as realidades, ou seja, a satisfação de vida na velhice é conceptualizada na medida em que se verifica a discrepância entre as aspirações iniciais e o que foi alcançado, ou seja, objetivos previstos e metas conseguidas. Podemos então afirmar que a satisfação com a vida nos gerentes implica diversos requisitos, nomeadamente, recursos pessoais e sociais.

Já Pereira (2012), refere nos seus estudos que a dimensão cognitiva do bem-estar subjetivo, a satisfação com a vida, é a que se demonstra mais estável visto os afetos serem, muitas vezes, resultado de eventos situacionais. A autoestima é um dos compostos dos afetos positivos que fazem parte da dimensão emocional e é considerada

como sendo um conceito psicológico que tem como principal propósito representar a saúde mental, uma vez que inclui uma autoavaliação do indivíduo no que concerne ao reconhecimento que este faz do seu valor e das suas características positivas e negativas. Contrariamente, os afetos negativos são considerados uma dimensão geral das situações vivenciadas sem que o indivíduo obtenha prazer, incluindo, por isso, várias sensações negativas como o desespero, o medo, a raiva, a culpa, a tristeza e a vergonha.

A necessidade de encontrar uma explicação para a relação entre as duas componentes do bem-estar subjetivo levou ao surgimento de dois modelos psicológicos opostos denominados *bottom-up* versus *top-down* os modelos ascendentes, ou *bottom-up* e os modelos descendentes ou *topdown*.

Segundo Giacomoni, (2004, cit. por Pereira 2012), os modelos ascendentes têm como objetivo identificar todos os fatores externos prazerosos que afetariam a satisfação com a vida e a felicidade, tais como as experiências diárias relacionadas com os afetos positivos e com os afetos negativos ou seja, quanto mais momentos e situações prazerosas a pessoa experienciar, maior será o seu grau de satisfação. Por seu lado, nos modelos descendentes, de acordo com o autor, cada pessoa tem uma predisposição para avaliar as situações, as experiências de vida, de forma tanto positiva quanto negativa, e essa propensão influenciaria a satisfação com a vida, o que é um indicador de que a personalidade influencia o bem-estar subjetivo.

Deste modo, atualmente, existem estudos sobre as teorias de personalidade e as teorias relativas aos processos de adaptação e *coping*. As pesquisas sobre as relações entre a personalidade e o bem-estar subjetivo, e as causas destas relações proporcionam informações importantes sobre o bem-estar subjetivo, sua estrutura e funcionamento. A literatura demonstra que os componentes cognitivos e afetivos do bem-estar se apresentam consistentes nas pessoas ao longo do tempo e das situações, correlacionando-se com específicos traços e constructos da personalidade. Catarino (2011), menciona que os processos de adaptação ou habituação em condições contínuas e a forma como lidamos com as situações stressantes (*coping*) são apresentados como componentes centrais nas modernas teorias de bem-estar subjetivo. O processo de adaptação pressupõe um ajuste do organismo às situações.

Relativamente ao BES na terceira idade, alguns autores, particularmente Ribeiro (2009), mencionam que é um período de menor BES, devido ao acumular de perdas consecutivas (por exemplo, viuvez, défices nas capacidades físicas e cognitivas, menor

independência, diminuição da rede social, redução das atividades), conduzindo a uma perda objetiva da qualidade de vida. Com o avançar da idade diminui a frequência das emoções de grande intensidade, tais como, excitação, raiva, ansiedade, mas aumentam as emoções de menor intensidade, ou seja, depressão, solidão, sentir-se relaxado. É provável que esta alteração no padrão de intensidade das emoções resulte de uma menor reatividade emocional das pessoas mais velhas, do aumento das perdas e do aumento do tempo passado sozinhos e sem ocupação. De facto, são as perdas que geralmente afetam os gerontes que dificultam a promoção do BES (Pinquart, 2001, cit. por Ribeiro 2009).

Em contrapartida, outros estudos indicam que as pessoas mais velhas mantêm elevados níveis de BES através do aumento da sua maturidade emocional – capacidade de regular eficazmente as emoções. Num estudo realizado por Schilling (2006, cit. por Ribeiro 2009) observou-se uma elevada estabilidade da satisfação com a vida, tanto nos sujeitos mais novos como nos gerontes. Assim, os indivíduos de todas as idades demonstram elevada estabilidade da satisfação com a vida.

Relativamente às questões de género e às questões de satisfação com a vida, Neri (2007, cit. por Henriqueto 2013) encontrou menos satisfação global para com a vida em gerontes do sexo feminino, e explica que embora estas se manifestem socialmente mais ativas e vivam mais anos que os homens, apresentam maior suscetibilidade na manifestação de doenças, dores crónicas, risco de quedas, incapacidade funcional e depressão, para além de possuírem mais responsabilidade no que concerne ao cuidado de outras pessoas mais velhas.

A autora afirma, porém que as taxas de maior insatisfação global com a vida se verificam em pessoas com mais de 85 anos, com piores índices de saúde percebida, e em situação quer de viuvez, quer de institucionalização.

Os estudos conduzem-nos à conclusão de que o BES assume-se como extremamente importante por diversas razões: os indivíduos felizes resolvem melhor os problemas, desenvolvem relações sociais mais profundas, são mais resilientes ao stress e estão mais motivados para a adoção de estratégias de *coping* adaptativa.

De acordo com Ribeiro (2009), existem inúmeras definições do conceito de *coping*, consoante as várias abordagens teóricas. Todavia, a definição mais conhecida caracteriza o *coping* como um conjunto de estratégias cognitivas e comportamentais utilizadas pelos indivíduos para lidarem com as exigências internas e externas das situações avaliadas como stressantes. São considerados fatores de *stress*, os estímulos

avaliados como ameaçadores, excedendo os recursos pessoais e colocando desafios a vários níveis, desde da integridade pessoal a objetivos profissionais.

O *coping* engloba diversas estratégias cognitivas, comportamentais e emocionais direcionadas para lidar com os fatores de *stress* internos e externos. Assim, existe muita discordância relativamente ao número de estratégias de *coping* existentes. A autora anteriormente mencionada refere que classicamente as estratégias de *coping* se dividem em dois grupos, *coping* focado no problema e *coping* focado na emoção. O *coping* focado no problema engloba as estratégias de resolução de problemas, por outro lado, o *coping* focado na emoção, centra-se na gestão das emoções resultantes da situação de *stress*, tendo como objetivo diminuir o impacto das emoções negativas.

O estudo do *coping* na velhice é relevante segundo Ribeiro (2009), por diversos motivos em primeiro lugar, porque a redução dos níveis de *stress* favorece a longevidade, a saúde e a qualidade de vida. Em segundo lugar, porque a terceira idade vem acompanhada pelo surgimento de perdas e défices nas mais diversas áreas da vida, favorecendo a vivência de situações de *stress*.

Numa investigação qualitativa sobre o *coping* no quotidiano dos gerontes, a autora verificou que os indivíduos com maior nível de independência funcional recorriam ao *coping* ativo, principalmente estratégias de resolução de problemas. Outra estratégia utilizada era o *coping* adaptativo, aceitando as ajudas disponíveis. Todavia, alguns gerontes evidenciavam estratégias de *coping* passivo, relegando para outras pessoas o controlo das suas vidas, quer na tomada de decisões, quer na realização de tarefas diárias. Geralmente as pessoas mais velhas que reportavam o *coping* passivo eram sujeitos cuja saúde se tinha deteriorado bastante e necessitavam de ajuda nas atividades quotidianas. De referir que os gerontes que recorriam ao *coping* adaptativo e passivo utilizavam mais as estratégias centradas nas emoções.

Com base nos estudos apresentados por Ribeiro (2009), verificou-se outra perspetiva, de cariz preventivo, que defende a importância do *coping* pró-ativo no envelhecimento com sucesso. O *coping* pró-ativo prevê o desenvolvimento de esforços ativos na antecipação e prevenção de futuros fatores de *stress*, minimizando ou suprimindo os seus efeitos negativos. Inclusive, existem programas de promoção do envelhecimento com sucesso através do *coping* pró-ativo.

Ribeiro (2009), indica que na terceira idade se verifica que o *coping* ativo e de reavaliação positiva promove a satisfação com a vida e os afetos positivos, enquanto o



*coping* de evitamento (quando se utilizam as estratégias de evitamento a longo termo, evitando o enfrentamento e a resolução do problema) favorece a afetividade negativa e contribui para a diminuição dos afetos positivos. Perante baixos níveis de BES o sujeito fica exposto a consequências negativas, estando mais suscetível de sofrer problemas psicológicos e sociais. Assim, o BES funciona como protetor nos momentos mais desgastantes e ameaçadores. Kanning e Schlicht (2008, cit. por Ribeiro 2009) dizem que o BES é assim essencial para o envelhecimento com sucesso.

Com base no que foi referido anteriormente podemos afirmar sem sombra de dúvida que *o coping*, assim como *os* estilos de vida saudáveis utilizados pelos indivíduos, influenciam o bem-estar dos indivíduos e o desenvolvimento do Bem-estar Subjetivo.

### 1.9. ESTILOS DE VIDA NOS GERONTES

O conceito de estilo de vida é um termo amplo, e tem-se verificado na literatura existente uma dificuldade na sua definição, surgindo assim uma grande variedade de definições, cada uma com a sua perspetiva.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define o estilo de vida como uma forma geral de viver baseada na interação entre as condições de vida num sentido amplo e os padrões de conduta individuais determinados por fatores socioculturais e características pessoais (Rosa, 2010).

Ribeiro (2009), refere que este conceito representa um padrão de comportamentos que constituem os hábitos característicos de um indivíduo ou grupo ou seja, corresponde à forma de viver das pessoas.

Para Backett & Davison (1995, cit. por Ribeiro 2009), os estilos de vida resultam da multidimensionalidade dos indivíduos, neste sentido, são influenciados por diversos fatores, como as opções disponíveis, as escolhas em função das normas sociais e a sua individualidade.

Numa perspetiva similar, Nahas (2001, cit. por Rosa 2010), define estilo de vida como um conjunto de ações habituais que refletem as atitudes, valores e oportunidade de vida das pessoas. As definições de estilo de vida apresentadas pelos autores são

respeitantes a todos os períodos do ciclo de vida do indivíduo, no entanto importa também referir algumas indicações específicas para as pessoas mais velhas.

Em relação à relevância dos estilos de vida na terceira idade, Paúl (2005, cit. por Ribeiro, 2009) defende que é um fator com muita influência nos processos de envelhecimento, ou seja, para um envelhecimento bem-sucedido, encontram-se a prática de alimentação saudável e exercício físico.

Deste modo, é importante salientar, conforme indica Rosa (2010), que o estilo de vida é o resultado da consciencialização do geronte das suas necessidades, desejos, potencialidades e principalmente do grau de abertura individual a novas experiências. Para Gomes (2008, cit. por Rosa 2010), o aumento da longevidade deve ser acompanhado de um estilo de vida ativo, permitindo ao geronte viver com maior independência e qualidade de vida, integrado na família e sociedade. Mudanças no estilo de vida podem e devem ser estimuladas nas pessoas mais velhas, no entanto é importante ter conhecimento que essas alterações não se adquirem no exterior, é algo intrínseco ao indivíduo. Os gerontes devem, rever o seu estilo de vida, reorganizar e adotar condutas saudáveis que lhes permitam viver a velhice com o máximo de bem-estar.

Desta forma, é essencial perceber quais os componentes que constituem, influenciam e caracterizam o estilo de vida. A literatura não é unânime em relação a estes componentes, havendo por isso um conjunto bastante variado de fatores incorporados no estilo de vida.

Segundo Woo *et al* (2008, cit. por Rosa 2010), como componentes do estilo de vida emergem a nutrição, a atividade física, o tabaco e o álcool. Ribeiro (2009), indica que os estilos de vida se baseiam em quatro comportamentos: consumo de álcool, de tabaco, prática de exercício físico e alimentação.

Já Nahas (2003, cit. por Rosa 2010), refere que entre os fatores do estilo de vida estão: atividade física, alimentação, tabagismo, *stress*, relacionamentos sociais e atividades mentais. Por outro lado, Larrea *et al.* (2000, cit. por Ribeiro 2009) consideram que as variáveis do estilo de vida são condições de trabalho, atividades de ocupação de tempos livres, prática de atividade física, hábitos de consumo de álcool e tabaco, hábitos de sono, relações interpessoais e contactos sociais. Alguns estudos identificam outros componentes do estilo de vida como indicadores de longevidade,

entre os quais, a autoavaliação que o geronte faz da sua saúde fatores psicológicos e capacidade cognitiva.

De acordo com Figueiredo (2007, cit. por Ribeiro 2009), existe uma estreita relação entre o estilo de vida e a longevidade. A conclusão deste autor é de certa forma concordante com a OMS, que traça uma relação entre a manutenção de comportamentos favoráveis (incluídos no estilo de vida) e o envelhecimento saudável e consequentemente a longevidade.

Ribeiro (2009), alerta para o facto de que nunca é tarde de mais para se adotar um estilo de vida saudável, quanto mais cedo se implementarem comportamentos benéficos para a saúde melhor. Relacionado com a prática de um estilo de vida saudável está a manutenção da atividade intelectual, pois o contínuo exercício das capacidades cognitivas permite uma desaceleração e menor gravidade do declínio cognitivo, muito associado à terceira idade. Atividades como puzzles, palavras cruzadas, sopa de letras, sudoku, perceber imagens de ilusão ótica ou jogos de estratégia, como, damas, xadrez, cartas, são extremamente benéficas para estimular a cognição, para além do seu carácter lúdico e de socialização. Desta forma, manter uma atividade de interesse favorece a satisfação com a vida na terceira idade. Permanecer cognitivamente ocupado com alguma atividade também diminui o impacto negativo das perdas sentidas. Como referido anteriormente, a prática de um estilo de vida saudável é vital para um envelhecimento ativo e influencia o bem-estar subjetivo promovendo a satisfação com a vida nos gerontes.

#### 1.10. PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA

Lobo (2008), refere que a participação comunitária é um aspeto fundamental na vida cívica e da tradição democrática. O envolvimento dos cidadãos em diversas atividades económicas e culturais reflete as suas expectativas e aspirações que surgem naturalmente na sociedade humana, sendo este envolvimento considerado como uma norma social da vida em comunidade. O conceito de participação de acordo com Ornelas (2003), enfatiza que deve ser dada voz às pessoas nos processos de desenvolvimento e de tomada de decisão, no acesso aos recursos e ao conhecimento

proveniente desse processo de desenvolvimento assim como acesso aos benefícios por ele alcançados.

O conceito de envolvimento comunitário destaca que não basta apenas contar com a participação passiva na comunidade. Lobo (2008), refere que é preciso criar mecanismos que garantam o envolvimento ativo dos indivíduos, tornando-os responsáveis pelas suas próprias decisões e capazes de desenvolver atividades conjuntas. Este conceito surgiu como resultado da preocupação para encorajar a participação local em todos os aspetos do desenvolvimento.

Segundo Dalton, Elias e Wandersman (2001, cit. por Mendes 2014) a participação comunitária, envolve não só o contributo efetivo dos cidadãos nas tomadas de decisões promovendo a mudança social, como também envolve a ajuda entre membros de um determinado grupo.

Já Berry *et al.* (2007, cit. por Mendes 2014), nos seus estudos demonstraram que existem diferentes formas de participação comunitária e classificaram três categorias: conexão social informal, envolvimento cívico e participação política. Nas categorias indicadas pelos autores incluem-se 14 tipos de participação comunitária sendo as predominantes: a conexão social informal (envolve o contacto com as pessoas do agregado familiar); o contacto com a família alargada; o contacto com os amigos; o contacto com os vizinhos e o contacto social com os colegas de trabalho; o envolvimento cívico (abrange a educação de adultos, a prática religiosa, as atividades organizadas da comunidade, as atividades do setor do voluntariado e a doação de dinheiro para caridade); e a participação política (inclui o interesse ativo nos assuntos da atualidade, a expressão pública de opiniões, o ativismo comunitário e o protesto político).

Todavia os autores Berry *et al.* (2007, cit. por Mendes 2014), verificaram nos seus estudos que acerca da atividade social e da satisfação com a vida apenas sete tipos de participação se encontravam independentemente associados com menor *distress* psicológico. Estes tipos de participação são: contacto com amigos, atividades organizadas da comunidade, contacto com vizinhos, contacto com a família alargada, contacto com as pessoas do agregado familiar, interesse ativo nos assuntos da atualidade e prática religiosa. Outros tipos de participação, como a expressão pública de opiniões e o protesto político, parecem, no entanto, estar associados a níveis mais elevados de *distress*.

Sendo a participação comunitária importante para um envelhecimento ativo e tendo um papel importante na saúde e na satisfação com a vida dos gerentes importa analisar ao pormenor alguns fatores que promovem a participação comunitária tais, como a família e os laços de amizade.

#### 1.10.1. *A família*

De acordo com Salgado (cit. por Silva 2011), apesar da convicção de que, no mundo atual, as pessoas mais velhas estão desamparadas face às suas famílias, estudos globais contradizem essa ideia. Particularizando à sociedade portuguesa, pode-se afirmar que continuam a subsistir fortes laços de solidariedade familiar e comunitária. O cuidado familiar prestado a gerentes continua a ser de extrema importância para o bem-estar dos mais velhos, mesmo nas sociedades desenvolvidas atuais, onde continua a ser a família a assumir a imensa maioria das tarefas de apoio.

Para Fernandes (2001), a família é o lugar principal das partilhas intergeracionais. É o lugar da troca e da entreajuda, onde as gerações se encontram de forma intensa. Estas relações intergeracionais desenvolvem-se em estruturas familiares contemporâneas que diferem das tradicionais dado o incremento do número de famílias trigeracionais com aumento e reforço do topo (o que leva a que haja mais avós do que netos), a redução da coabitação dos pais gerentes com os seus filhos adultos e o aumento das pessoas mais velhas a viverem sós. Os modelos de ajuda que se estabelecem entre os membros da família, quer derivem da geração intermédia para os seus pais gerentes, ou ao contrário, dos pais mais velhos para os filhos, têm usualmente origem no reconhecimento de uma necessidade.

No entender de Pimentel (2005), a família surge como a rede alargada de parentes constituindo-se como um grupo de parentes com os quais o gerente mantém um conjunto de trocas e interações mais ou menos intensas. Os parentes são os indivíduos com os quais a pessoa mais velha se relaciona por laços de sangue ou aliança, embora, em determinados casos, se possa incluir pessoas que estão apenas próximas afetivamente do gerente.

Desta forma, para Pimentel (2005), torna-se pertinente clarificar o conceito de rede de parentesco objetivo, que é composta por todos os parentes que o gerente identifica como pertencentes à sua árvore genealógica, e a rede de parentesco subjetivo,

que inclui os parentes com os quais a pessoa mais velha mantém interações mais próximas e intensas e que ele vê como sendo a sua família verdadeira.

Deste modo, de acordo com Pimentel (2005), o cenário ideal para qualquer geronte, que pretenda viver de forma equilibrada e sem grandes discontinuidades, é a permanência no meio familiar e social mesmo porque o apoio dado pelos familiares e/ou amigos é, geralmente, o mais adequado às necessidades de cada indivíduo. Todavia o autor identifica nos seus estudos alguns fatores estruturais que não permitem que as relações familiares e sociais se desenvolvam: a mobilidade geográfica e social favorece o afastamento entre os membros da família; a condição financeira precária leva a que as famílias habitem em casas pequenas o que não permite, muitas vezes, a coexistência de várias gerações no mesmo agregado; a nova condição da mulher, que entrou para o mundo do trabalho, conduziu a uma menor disponibilidade para tarefas relacionadas com a vida doméstica.

Para Vaz Serra (cit. por Silva 2011), apoio social/familiar é a quantidade e a qualidade das relações sociais/familiares que envolvem, de modo ativo, uma pessoa e que têm o intuito de estimular o seu bem-estar físico e psíquico.

Concluimos, de acordo com este autor, que o conceito de apoio social/familiar envolve transações entre pessoas e as suas redes sociais/familiares, no sentido de satisfazer necessidades. Este autor distingue seis tipos de funções do apoio social/familiar, a saber: apoio afetivo (associado ao facto das pessoas se sentirem apreciadas e aceites pelos outros apesar dos seus defeitos, erros ou limitações, o que permite melhorar a autoestima); apoio emocional (equivale aos sentimentos de apoio e segurança que a pessoa pode alcançar e que a auxilia a superar os problemas); apoio percetivo (permite à pessoa reavaliar o seu problema, dar-lhe outro sentido e definir objetivos mais razoáveis); apoio informativo (inclui o conjunto de informações e conselhos que ajudam a pessoa a entender melhor situações complicadas e a auxiliem na tomada de decisões); apoio instrumental (ajuda a pessoa a resolver problemas através da prestação de bens e serviços); apoio de convívio social/familiar (alcançado através do convívio com outras pessoas em atividades de lazer ou culturais, ajudando a atenuar as tensões e a fazer com que a pessoa não se sinta isolada de determinada rede social/familiar).

A estrutura familiar tem-se modificado conforme a dinâmica do mundo atual, tendo como consequência notória uma acentuada queda da natalidade e aumento da

longevidade, o que significa mais gerontes e menos jovens, implicando menos membros das famílias com disponibilidade para cuidar das pessoas mais velhas. A tarefa de cuidar tem evoluído com o tempo e não é planeada, nem esperada, nem escolhida. Normalmente a aquisição de tal papel, dentro da família, recai, tradicionalmente, sobre a mulher. Imaginário (2008), explica que uma das razões da atribuição deste papel à mulher está relacionada com a educação recebida, com a cultura e com a construção social das funções da mulher dentro do lar. A mulher assume-se como o cuidador informal, isto é, não remunerado, sendo uma tarefa extraordinária que acaba por exceder os limites normais da pessoa, conforme o grau de dependência do geronte, podendo mesmo esta atividade comprometer a profissão da mulher com o acumular dos papéis de mãe e de esposa.

Outro fator que contribui na escolha do cuidador é a coabitação, o que segundo Figueiredo (2007), não é um papel opcional, mas está sim relacionado com a proximidade física e afetiva, num processo a que o autor designa de *slipping into* – “escorregar para dentro” da situação, envolvendo-se cada vez mais, enquanto outros membros da família fazem o percurso ao contrário: *slipping out of it* – “escorregar para fora” de tal situação, afastando-se cada vez mais.

O impacto da prestação de cuidados a gerontes tem desta forma aspetos positivos e negativos que estão relacionados com a experiência de vida, com a identidade de cada pessoa que cuida e do que é cuidado, para além do tipo e do grau de doença do dependente. O impacto negativo está diretamente relacionado com a “sobrecarga” da pessoa que cuida. Figueiredo (2007) e Imaginário (2008), descrevem a sobrecarga como o efeito que inclui o decréscimo nos sentimentos de bem-estar e um aumento dos problemas de saúde física e/ou psicológica, ou seja, uma situação stressante. A situação stressante que normalmente significa uma “pressão de forma desagradável”, é uma reação física e/ou psicológica esgotante subjetiva que afeta o bem-estar dos cuidadores informais, nomeadamente quando se trata de pessoas mais velhas com demência. Relativamente aos efeitos positivos que ressaltam do cuidar de gerontes encontram-se descritas como a satisfação através dos benefícios, das recompensas e dos ganhos pessoais. A satisfação pelo cuidar também decorre da dinâmica interpessoal e pode estar relacionada com a questão do sentimento de ser útil, de ajuda ao outro, o que se constitui como uma gratificação em ver o geronte bem

tratado e feliz, que para Figueiredo (2007) é sempre uma possibilidade de encarar a prestação de cuidado como uma oportunidade de expressão de amor e afeto.

No entanto, apesar de existirem várias transformações produzidas ao nível das relações familiares, os autores são unânimes ao indicarem que estas não colocaram em causa a solidariedade familiar, dado que esta continua ativa. A teoria da solidariedade preconizada por Bengtson e Roberts (1999, cit. por Freitas 2011), refere uma teoria da solidariedade entre pais e filhos durante a vida adulta da família, e codificou seis principais dimensões da solidariedade entre gerações: a solidariedade estrutural (fatores como a distância geográfica podem restringir ou reforçar a interação entre os membros da família), solidariedade associativa (frequência de contacto social e atividades compartilhadas entre os membros da família), solidariedade emocional (sentimentos de proximidade emocional, afirmação e intimidade entre os membros da família), solidariedade consensual (real ou percebida em acordo de opiniões, valores e estilos de vida entre os membros da família), solidariedade funcional (intercâmbio de assistência instrumental e financeira e de apoio entre os membros da família) e por fim solidariedade normativa (força de obrigação sentida em relação a outros membros da família).

Concluindo, pode-se aferir que os cinco primeiros elementos refletem as orientações comportamentais, afetivas ou cognitivas de um membro da família em relação ao outro, o sexto elemento da solidariedade, refere-se à estrutura de oportunidades para a interação familiar, sendo que a disponibilidade dos membros da família para a interação é influenciada por fatores como vizinhança, número de filhos, morbilidade e mortalidade. Deste modo segundo Quaresma (1996, cit. por Silva 2011), pode-se afirmar que a decisão e a continuação da prestação dos cuidados está intimamente ligada a aspetos de gratificação social e afetiva, os quais operam também como meios expressivos de compensação pelo esforço empreendido. Apesar da natureza das razões apontadas, a família continua a ter muita importância como primeiro suporte de ajuda aos seus membros em situação de maior fragilidade, nomeadamente, para as pessoas mais velhas.



### 1.10.2. *Os Amigos*

Segundo Paúl (2005), a rede de amigos é uma escolha voluntária por parte dos indivíduos, potencialmente mais positiva do que a rede familiar.

Fehr (1996, cit. por Freitas 2011), refere que a amizade pode ser classificada em tipos ou mesmo organizada em etapas. Em primeiro lugar, os indivíduos conhecem-se ou são colegas e, para se tornarem amigos, têm de identificar um ganho instrumental com a relação, ou um ganho prazeroso (diversão, alegria, bom-humor), ou um ganho afetivo (confiança, lealdade). Assim, a amizade pode partir de uma relação mais generalista (trocas instrumentais, como praticar desporto juntos, ser membro de um grupo musical, etc.) para uma amizade mais próxima (a lealdade e confiança são recíprocas).

No que diz respeito à amizade na velhice, para Freitas (2011) esta é mais heterogénea, pois além dos amigos do mesmo sexo tem-se muitos amigos do sexo oposto e um grande saudosismo em relação às amizades do passado.

Fernandes (2000, cit. por Freitas 2011) refere que na velhice, uma relação harmoniosa com outros indivíduos, com quem se partilhem vários interesses, substitui muitas vezes com vantagens, as relações de dependência pais-filhos.

Antonucci (2001, cit. por Freitas 2011), diz que as relações e suporte social decrescem com a idade, mas as amizades mais próximas mantêm-se, havendo maior seletividade. Oliveira (2008) refere ainda que as mulheres mantêm relações mais íntimas e positivas com amigos e família, mas com mais frustrações e conflitos. As diferenças por género neutralizam-se com o avançar da idade, embora a natureza, conteúdo e efeito de relações com as mesmas pessoas continue a diferir por género.

Oliveira (2008), baseando-se nos estudos de Pinazo (2006), fala-nos da diminuição da atividade social na velhice, devendo-se esta a vários fatores, tais como, reforma, viuvez, independência dos filhos, perda de amigos, perda de autonomia, etc.

Por outro lado, os gerentes vêem-se confrontados com o desafio de descobrir novas fontes de apoio e amizades. A definição do “verdadeiro amigo” assume contornos mais latos e instrumentais, uma vez que se trata de alguém a quem o gerente pode pedir alguns favores. Contudo, embora as amizades se tornem mais pragmáticas, há amigos que dificilmente são substituíveis, aqueles com os quais estabeleceram uma relação de grande intimidade e cumplicidade. Deste modo, segundo Oliveira (2008), os amigos

passam a ser incluídos em diferentes categorias: os que desempenham um papel (enfermeiros, médicos, padres...); os que se conhecem há muitos anos mas só agora são chamados de amigos (vizinhos, ex-colegas de escola); os novos amigos que se conhecem em espaços da comunidade (empregado do café, funcionário da lavandaria); os amigos herdados através da morte de amigos ou parentes. Todavia, há pessoas mais velhas que desistem de substituir amigos, geralmente quando os problemas de saúde se agravam, criando baixas expectativas em relação às novas amizades e demonstrando necessidade em manter lealdade aos amigos já falecidos.

Paúl (1997, cit. por Freitas 2011) refere que dentro da categoria dos amigos, podem-se discriminar os amigos mais íntimos, que têm um potencial diferente em termos relacionais. Ainda segundo a mesma autora, mais do que a quantidade de pessoas de uma rede social de apoio, a qualidade relacional é um fator importante, destacando-se o papel de uma relação íntima, ou seja, a existência de um confidente.

A existência de relações mais próximas e significativas (confidentes), em que há um investimento afetivo e solidário é fundamental ao longo da vida e, claro, na velhice. Um dos fatores de risco para a solidão parece ser a falta de alguém em quem confiar. Para Paúl (2005), ter um confidente pode ser protetor contra a depressão. No entanto, o menor número de confidentes demonstra ter efeitos negativos na qualidade de vida percebida pelos gerontes. Isto demonstra que a qualidade das interações que se desenvolve dentro das redes é bem mais importante do que a extensão da própria rede. Esta é a realidade presente nos meios urbanos, onde os gerontes parecem estar mais isolados socialmente, mas os confidentes que possuem parecem compensar a inexistência de uma rede social mais alargada, ao nível da qualidade de vida percebida.

#### 1.11. LAZER

Lazer e envelhecimento ganham espaço no campo da investigação científica. No entanto, estudos que abordem a relação entre estas duas áreas são ainda raros, necessitando-se assim de vários estudos focados nesta relação.

Segundo Teixeira (2007 cit. por Rosa 2010), o lazer é uma das formas de ocupação do tempo livre das pessoas mais velhas. O tempo livre define-se como um

espaço de liberdade, de opção de escolha e de satisfação de necessidades de autorrealização.

Já Dumazedier (199, cit. por Rosa 2010), define lazer como um conjunto de ocupações às quais o indivíduo se pode entregar de livre vontade, seja para repousar, seja para divertir-se, recrear-se e entreter-se ou ainda para desenvolver sua formação desinteressada, sua participação voluntária ou sua livre capacidade criadora, após terminar as obrigações profissionais, familiares e sociais. O principal objetivo das atividades de lazer é permitir aos gerontes um aumento da autoestima, desenvolvimento pessoal e bem-estar físico e mental.

De acordo com o autor supracitado o lazer tem três funções básicas. A primeira é o prazer, a segunda é o divertimento, recreação e entretenimento, surgindo o desenvolvimento da personalidade como a terceira. O autor refere também cinco tipos de lazer: lazer físico, lazer artístico, lazer prático, lazer intelectual e lazer social.

Chen & Fu (2008, cit. por Rosa 2010), defendem que a realização de atividades de lazer contribui para o bem-estar dos gerontes e para a melhoria da sua qualidade de vida. O mesmo autor refere ainda uma relação positiva entre o lazer e o estado de saúde da pessoa mais velha.

Rodrigues (2002), tem outra perspectiva, considerando ser um mito pensar que a reforma é uma fase da vida em que o indivíduo vai dispor livremente da sua vida e usufruir dos bens e serviços que a natureza e a sociedade lhe oferecem. Segundo o autor o lazer não é acessível para todos. Existem barreiras que impossibilitam a sua concretização, entre as quais, estereótipos, fator económico, tempo disponível e acesso às atividades de lazer. Neste sentido, apesar de o geronte após a reforma dispor de mais tempo livre, não significa que o ocupe com atividades de lazer. A acrescentar às barreiras já referidas, o autor acrescenta ainda que a idade em si parece ter efeitos negativos na participação em atividades de lazer. Este autor acrescenta que o estado de saúde do geronte é um fator determinante para a participação do mesmo em atividades de lazer.

Gomes (2008, cit. por Rosa 2010) refere que apesar de existirem várias barreiras à realização de atividades resultantes do próprio processo de envelhecimento, a maior responsabilidade encontra-se na individualidade do indivíduo e no seu estilo de vida.

Desta forma, atualmente as pessoas mais velhas entendem por envelhecimento ativo, a capacidade de cuidar da sua saúde física e mental, bem como demonstrar

interesse pela vida e por as questões sociais. Segundo Ferreira (2009), o envelhecimento ativo significa o preparar de outra etapa da vida. Deste modo, são cada vez mais os gerontes que estabelecem objetivos de vida, desempenhando um papel fundamental na comunidade como voluntários, membros de associações e avós. Neste sentido, é fundamental que todos os gerontes vejam no seu envelhecimento uma continuidade da vida não quebrando os laços com o passado, nem perspectivando um vazio para o futuro. Para que isto não aconteça é importante o estabelecimento de relações sociais e humanas e o desenvolvimento de atividades sociais, lúdicas e recreativas. Deste modo, é importante valorizar as atividades de lazer como uma cultura geral, nomeadamente a cultura do corpo, e do espírito, o compromisso e o desinteresse, a serenidade e as atividades lúdicas, caminhado para uma sociedade do lazer. Nela, todos os indivíduos, nomeadamente as pessoas mais velhas, devem ter oportunidades de usufruir de atividades de lazer, de forma a manterem uma boa qualidade de vida.

## **PARTE II-FASE CONCEPTUAL**

### **2.1.DEFINIÇÃO DO TEMA E DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA DE INVESTIGAÇÃO**

Para Fortin, (2003), a formulação de um problema de investigação consiste em desenvolver uma ideia através de uma progressão lógica de opiniões, de argumentos e de factos, relativos ao estudo que se deseja empreender.

O envelhecimento da população é uma realidade cada vez mais presente, com consequências importantes a nível social, económico e dos sistemas de saúde. Em consequência disso, verifica-se uma necessidade crescente de aquisição de conhecimentos na área do envelhecimento assim como, do desenvolvimento de investigações que permitam compreender melhor as características, necessidades, desafios e potencialidades dos gerentes e do processo de envelhecimento, com vista a permitir formas de intervenção mais adequadas e eficazes junto desta população.

De acordo com Silva (2012), a velhice constitui um período de grandes mudanças no plano biológico, psicológico e social, bem como no plano das relações pessoa-mundo. Pela profunda alteração a diferentes níveis, e pelo esforço que a personalidade terá de fazer para se adaptar, trata-se de um momento de risco para o equilíbrio e bem-estar psicológico da pessoa mais velha. Estas mudanças exigem ao gerente um esforço de adaptação às novas condições de vida. Uma das mudanças que mais afeta a população mais velha, é a viuvez porque, segundo o autor mencionado anteriormente, para além de influenciar o bem-estar físico e psicológico da população enlutada pode ter um impacto significativo na identidade da pessoa e no sentido da própria vida, pois exige novas orientações para ultrapassar a perda, e também implica novas exigências práticas do viver diário.

Com base em tudo o que foi referido considera-se pertinente desenvolver um estudo sobre a forma como o estado de viuvez vai influenciar a qualidade de vida.

## 2.2. PERGUNTA DE PARTIDA E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

De acordo com Fortin (2003), “uma questão de investigação é uma interrogação explícita relativa a um domínio que se deve explorar com vista a obter novas informações. É um enunciado interrogativo claro e não equivoco que precisa os conceitos chave, específica a natureza da população que se quer estudar e sugere uma investigação empírica” (Fortin, 2003, p.51).

A pergunta de partida atende a determinados critérios, como a qualidade de clareza, viabilidade e pertinência. Tendo em consideração o indicado, o estudo irá desenvolver-se em torno da seguinte pergunta de partida:

***Qual a relação entre o estado de viuvez e a qualidade de vida?***

Desta questão infere-se outras:

- ❖ É possível identificar as alterações originadas pela viuvez em mulheres e homens em idade avançada?
- ❖ De que forma essas alterações influenciam a satisfação com a vida e consequentemente a qualidade de vida nos gerontes?
- ❖ Segundo o género, qual o impacto da viuvez na participação comunitária?

## 2.3. OBJETIVOS DE ESTUDO

Segundo Fontin (2003), o objetivo é um enunciado que indica claramente o que o investigador tem intenção de fazer no decurso do estudo. Considerando a importância do tema do envelhecimento na sociedade atual, assim como o facto de a esperança ser consideravelmente superior neste momento, houve uma motivação para tentar entender o estado de viuvez no sénior. Deste modo o principal objetivo deste estudo será:

**Analisar as alterações no dia-a-dia de gerontes do sexo feminino e masculino que ficaram viúvos.**

Deste objetivo geral decorrem outros mais específicos:

- Compreender em que medida a viuvez afeta a satisfação de vida;
- Averiguar a influência do fator género na forma como o estado de viuvez é sentido e percebido;
- Analisar o impacto da viuvez de acordo com o género nas opções de estilo de vida;
- Compreender qual o impacto da viuvez, de acordo com o género, na participação comunitária;

## **PARTE III- FASE METODOLÓGICA**

De acordo com Fortin (2003), é o investigador que determina os métodos que utilizará para obter respostas às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas, e é o investigador que deverá escolher o desenho apropriado conforme o que vai explorar. Também deverá definir a população e escolher os instrumentos mais apropriados para efetuar a recolha de dados.

Num trabalho de investigação, a metodologia é um dos aspetos primários a ter em conta, uma vez que fornece ao investigador a estratégia que definirá todo o processo de pesquisa. Assim sendo, todo o trabalho de investigação, deve obedecer a critérios de rigor e sistematização precisos.

Em função da questão que se pretende investigar e os objetivos delineados para o estudo que se pretende desenvolver a opção metodológica recaiu numa abordagem qualitativa. Segundo Ribeiro (2008), os métodos qualitativos caracterizam-se por recorrer às palavras para descrever o que se observa em contextos naturais, recolhendo assim dados que emergem naturalmente.

Para que tal seja possível é preciso ter em atenção alguns aspetos, como, o tipo de estudo, os princípios éticos a população alvo e amostra, o(s) instrumento(s) de recolha e tratamento dos dados.

### **3.1.TIPO DE ESTUDO**

Trata-se de um estudo exploratório - descritivo, pois como menciona Carmo e Ferreira (1998), o objetivo deste tipo de estudo é proceder ao conhecimento de uma dada realidade, pouco ou deficitariamente estudada, e levantar hipóteses de entendimento dessa realidade.

Também Fortin (2003), indica que os estudos descritivos visam obter mais informações, quer seja sobre as características de uma população, quer seja sobre os fenómenos em que existem poucos trabalhos de investigação. A mesma autora refere também o objetivo do estudo descritivo consiste em discriminar fatores determinantes ou conceitos que, eventualmente possam estar associados ao fenómeno em estudo.



### 3.2. PRINCÍPIOS ÉTICOS

No suceder deste estudo de investigação será necessário atender a alguns princípios éticos para com os gerontes. Fortin (2003), menciona que é importante adotar todas as disposições necessárias para proteger os direitos e liberdade das pessoas que participam nas investigações. De acordo com o autor mencionado deve-se ter em conta quatro direitos fundamentais, sendo eles: o direito à autodeterminação, o direito à intimidade, o direito ao anonimato e à confidencialidade, e o direito a um tratamento justo e equitativo.

Relativamente ao direito à autodeterminação baseia-se no respeito das pessoas, isto é, cada pessoa é capaz de tomar a sua própria decisão e decidir o seu destino quanto a participação na investigação. Em relação ao direito à intimidade reporta a pessoa para a liberdade de decidir sobre a extensão da informação a dar e a determinar em que medida aceita partilhar informações íntimas e privadas, estando relacionadas com as atitudes, valores, opiniões e informações pessoais.

Quanto ao direito ao anonimato e à confidencialidade diz respeito a que os resultados sejam citados para que os leitores e o próprio investigador não consigam perceber quem referiu as respostas dadas.

No que diz respeito, ao direito a um tratamento justo e equitativo faz alusão ao direito da pessoa ser informada sobre a natureza, o fim e a duração da investigação para a qual é solicitado a sua participação. Estas são informações essenciais para o seu consentimento ou para a sua recusa quanto à eventual participação na investigação que deveremos ter em consideração.

Com base no referenciado, aos gerontes participantes foi pedido o consentimento livre e Informado (Apêndice A), e os mesmo foram informados/as dos objetivos, da duração esperada e dos procedimentos de estudo, assim como do anonimato e da confidencialidade dos dados, e de que tinham o direito de recusar a sua participação, a qualquer momento.

### 3.3. POPULAÇÃO ALVO E AMOSTRA

Para Fortin (2003), uma população é uma coleção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios sendo uma população particular que é submetida a um estudo. Deste modo, a população alvo é constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de seleção definidos antecipadamente e para os quais o investigador deseja fazer generalizações.

Neste estudo a amostragem será não probabilística, que de acordo com Fortin (2003), é um procedimento de seleção segundo o qual cada elemento da população não tem uma probabilidade igual de ser escolhido para formar a amostra.

Sendo a amostra segundo Marconi e Lakatos (2002), uma parcela convenientemente selecionada do universo da população, logo um subconjunto da população, pode-se considerar que a amostra será de conveniência, constituída por um conjunto de indivíduos residentes na área geográfica do investigador.

Este tipo de amostragem apesar de não ser representativa da população pode ocorrer quando a participação é voluntária ou os elementos da amostra são escolhidos por uma questão de conveniência (muitas vezes, os amigos e os amigos dos amigos). De acordo com Marconi e Lakatos (2002), pode ser usada com êxito em situações nas quais seja mais importante captar ideias gerais, identificar aspetos críticos do que propriamente a objetividade científica.

Tendo como referencial os objetivos específicos definidos anteriormente os participantes deste estudo correspondem a uma amostra de conveniência, constituída por 18 gerontes viúvos do distrito de Beja, sendo 9 do sexo feminino e 9 do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 65 anos e 88 anos.

#### *3.3.1. Caraterização dos participantes*

A seleção dos participantes no estudo, realizou-se com base na informação obtida através de familiares dos mesmos e pela aplicação de critérios de inclusão e exclusão. O envolvimento dos familiares dos gerontes no processo de seleção da amostra, proporcionou um elo de confiança, estabelecido entre as pessoas mais velhas que compõem a amostra e a investigadora. Incluem-se neste estudo pessoas com

sessenta e cinco e mais anos, independentemente da sua classe social, que vivem no domicílio, com ou sem familiares, que residem no distrito de Beja e sejam viúvos. Excluem-se os gerontes institucionalizados.

Todos os gerontes que cumpram os critérios de inclusão se mostraram disponíveis a participar no estudo. Foi realizada uma primeira abordagem no domicílio, no sentido de se apresentar os objetivos do estudo e de forma a criar um elo de empatia e confiança e para obter o consentimento livre e Informado (Apêndice A), para a realização das entrevistas semiestruturadas. Como já foi mencionado, os gerontes incluídos no estudo são 18, 9 mulheres e 9 homens e serão caracterizados, relativamente à idade, ao sexo, ao tempo de viuvez, à situação profissional, à composição do agregado familiar a nível de descendentes.

**Quadro 1:** Distribuição dos participantes do estudo quanto à faixa etária

Idade	Sexo		Total
	Homens	Mulheres	
<b>65-72</b>	1	3	4
<b>73-80</b>	5	3	8
<b>81-88</b>	3	3	6

A leitura aos dados inscritos no Quadro 1 permite-nos verificar que um dos gerontes do sexo masculino tem idade compreendida entre 65-72, enquanto nesta faixa etária se encontram três mulheres. Na faixa etária 73-80 anos conta-se com cinco gerontes do sexo masculino e três gerontes do sexo feminino. Por fim na faixa etária dos 81-88 em ambos os sexos, foram contabilizados três participantes.

O estudo centra-se na viuvez, e tornou-se imprescindível caracterizar os participantes quanto ao tempo de viuvez, tal como evidencia o Quadro 2.

**Quadro 2:**Distribuição dos participantes do estudo por tempo de viuvez e por sexo

Tempo de viuvez	Sexo		Total
	Homem	Mulher	
1-10 Anos	6 (66,75%)	4(44,45%)	10
11-20 Anos	3 (33,33%)	2(22,22%)	5
21-30 Anos	0	3(33,33%)	3

Relativamente ao tempo de viuvez aferiu-se que 66,67% dos homens estão viúvos entre 1-10 anos, e 44,45% das mulheres também estão viúvas nesse intervalo de anos. Confirma-se esta informação quando referem “*Há 6 anos*” (M7); “*Há 10 anos que estou viúva.*” (M6); “*Há 4 anos.*” (H6); “*Desde que a minha esposa me deixou há 6 anos*” (H8). Entre 11-20 anos apenas se contabilizou 33,33% dos participantes do sexo masculino e 22,22% do sexo feminino. Entre 21-30 anos registou-se 33,33% das mulheres, através dos testemunhos, “*Há 28 anos*” (M3); “*O meu marido morreu há 21 anos*” (M1); “*Há 30 anos*” (M4). Não existem participantes do sexo masculino viúvos entre 21 anos e os 30 anos.

A nível da caracterização da situação profissional verificou-se que os participantes tiveram profissões distintas. Tal como se pode verificar no Quadro 3.

**Quadro 3:**Distribuição dos participantes por situação profissional e por sexo

Profissão	Sexo		Total
	Homem	Mulher	
Empregado(a) Agrícola Indiferenciado	3 (33,33%)	7 (77,78 %)	10
Operário(a)	1 (11,11%)	1 (11,11%)	2
Empregada(o) Domestica	0	1 (11,11%)	1
Instrutor(a) de Condução	1 (11,11%)	0	1
Maioral de Gado	2 (22,22%)	0	2
Pescador(a)	1 (11,11%)	0	1
Pedreiro(a)	1 (11,11%)	0	1

Com base no quadro conferiu-se que 77,78 % das mulheres trabalharam na área agrícola enquanto só 33,33% dos homens é que trabalharam nessa área. As mulheres referiram que trabalhavam essencialmente na monda e na ceifa. De acordo com as entrevistas muitas das mulheres referiram, por exemplo: *“Trabalhos do campo, ceifa, monda entre outros.”* (M6); *“Na monda, na ceifa”* (M9). Além dos trabalhos agrícolas, as mulheres que participaram no estudo apenas, indicaram como outras profissões: operaria (11,11%) e empregada domestica (11,11%). Por outro lado os homens a nível profissional referiram profissões tais como: operário (11,11%), instrutor de condução (11,11%), pedreiro (11,11%), pescador (11,11%) e maioral de gado (22,22%), no seu discurso, *“Fui instrutor de condução durante mais de 40 anos.”* (H1); *“Guardava porcos, ovelhas.”* (H2); *“Era pedreiro.”* (H3); *“ Fui sempre empregado de armazém foi sempre a profissão que tive e sempre naquela firma não conheci outra profissão”* (H5).

Na caracterização do perfil dos participantes considerou-se também, essencial analisar o nível das habilitações escolares, Quadro 4.

**Quadro 4:** Participantes por habilitações escolares e sexo do participante.

Habilitações Escolares	Sexo		Total
	Homem	Mulher	
<b>Sabe os requisitos mínimos de leitura, escrita e calculo</b>	4	1	5
<b>Analfabeto(a)</b>	1	3	4
<b>4ª Classe</b>	3	5	8
<b>5º Ano de Antigamente</b>	1	0	1

No que diz respeito às habilitações escolares observou-se que quatro dos homens sabem os requisitos mínimos de leitura, escrita e cálculo, ao contrário das mulheres que apenas uma delas sabe. Por outro lado, três dos homens efetuaram a 4ª classe e cinco das mulheres concluíram a mesma. Respetivamente ao nível do 5º ano de antigamente apenas, um dos homens o mencionou no seu discurso.

Pelo extratos das entrevistas é possível compreender que a pouca escolaridade de deveu a razões de ordem económica: “*Só fui dois dias à escola depois tive que ir a monda*” (M6); “*Não fui a escola, então a mana é que foi*” (M9).

Enquanto foram três as mulheres que referiram que não estudaram, inserindo-se na categoria de analfabeto, só um dos homens é que referiu não ter estudado “*Entrei para a escola com 7 anos fiz a primeira classe depois como a vidinha estava má os meus pais que Deus tem colocaram-me a guardar porcos.*” (H4).

Relativamente aos descendentes todos os gerontes do sexo masculino e seis mulheres, referem que têm entre um a três filhos como o comprovam os excertos das suas entrevistas: “*Tenho 2, um menino e uma menina*” (M2); “*Tenho 3 filhas*” (M5); “*Tenho 2 filhas.*” (H3); “*Só tenho um filho*” (H6).

Uma outra entrevistada tem no intervalo entre 4-6 filhos “*Tenho 6 filhos*” (M4) e duas outras não têm filhos “*Não tenho filhos*” (M3); “*Não nunca tive*” (M9), como se pode constatar pelo Quadro 5.

**Quadro 5:** Participantes por descendentes e sexo do participante

Nº de descendentes	Sexo		Total
	Homem	Mulher	
<b>1-3 Filhos</b>	9	6	15
<b>4-6 Filhos</b>	0	1	1
<b>Sem Filhos</b>	0	2	2

### 3.4. INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

Fortin (2003), refere que cabe ao investigador determinar o tipo de instrumento de medida que melhor convém ao objetivo do estudo, às questões de investigação colocadas. No presente estudo as técnicas de recolha de dados consistiram: (1) na Escala Avaliação da Satisfação através da adaptação portuguesa da *Philadelphia Geriatric*

*Center Morale Scale (PGCMS)* (Apêndice B); (2) na Escala de Estilos de Vida para Idosos (EEVI) (Apêndice C); (3) na entrevista semiestruturada.

A utilização da Escala Avaliação da Satisfação através da adaptação portuguesa da *Philadelphia Geriatric Center Morale Scale (PGCMS)*, revelou-se essencial, uma vez que, um dos objetivos do presente estudo é compreender em que medida a viuvez afeta a satisfação com a vida e consequentemente a qualidade de vida nas pessoas mais velhas. Revelou-se também pertinente utilizar a Escala de Estilos de Vida para Idosos (EEVI) para analisar o impacto da viuvez de acordo com o género nas opções de estilo de vida, uma vez, que se verificou após a análise da literatura, que o tipo de estilo de vida adotado irá influenciar a qualidade de vida do geronte.

Relativamente à entrevista semiestruturada, este instrumento de recolha de dados foi utilizado para perceber a relação que existe entre o estado de viuvez e a qualidade de vida, pois como a revisão da literatura demonstrou, a perda do(a) parceiro(a) é uma das experiências de maior sofrimento que o ser humano pode enfrentar, e a adaptação à vida sem o ente querido é uma tarefa, muitas vezes, bastante difícil e complexa. A pessoa construirá a sua experiência de viúvo(a) de acordo com os significados atribuídos a este evento no contexto em que se está inserido. Diante da perda do companheiro(a) após longo tempo de convívio a dois, a viuvez demarca o início de uma nova fase da vida da mulher, ou do homem. A viuvez surge, assim, como uma tarefa do desenvolvimento capaz de desafiar as capacidades de adaptação e de reorganização do indivíduo.

#### 3.4.1. Avaliação da Satisfação com a Vida

A satisfação com a vida foi avaliada através da adaptação portuguesa da *Philadelphia Geriatric Center Morale Scale (PGCMS)* (Lawton, 1975; Paúl, 1992) (Apêndice B). Esta escala foi desenvolvida com o objetivo de avaliar o bem-estar psicológico e satisfação com a vida em pessoas mais velhas ou com baixos níveis de instrução, baseando-se numa perspetiva multidimensional. É constituída por catorze itens dicotómicos, de aplicação fácil e rápida, repartidos por três fatores principais: Solidão/Insatisfação, Atitudes face ao Próprio Envelhecimento e Agitação.

O fator Solidão/Insatisfação - composto pelos itens 3, 5, 13 e 14 – corresponde a uma avaliação subjetiva que a pessoa mais velha faz do seu ambiente e do apoio

recebido pela sua rede social, da qual pode resultar um sentimento de aceitação ou insatisfação. O fator Atitudes face ao próprio envelhecimento – constituído pelos itens 8, 9, 10, 11 e 12 - reflete um balanço entre a vida passada e a presente, expressando-se em atitudes mais negativas ou mais positivas face ao próprio processo de envelhecimento. O fator Agitação – composto pelos itens 1, 2, 4, 6 e 7 – corresponde a manifestações de ansiedade da pessoa mais velha, ou à sua ausência.

Relativamente à cotação deste instrumento, cada resposta que indica ânimo elevado é cotada com um ponto. Desta forma temos: itens 1, 8, 10, 13 – “Não” corresponde a um ponto; itens 9, 11, 12, 14 – “Sim” corresponde a um ponto. O resultado para cada fator é dado pela soma das respostas que indicam ânimo elevado nos itens que os constituem. Por outro lado o resultado total para cada indivíduo é dado pela soma das respostas que indicam ânimo elevado. Desta forma, *scores* mais elevados significam maior satisfação com a vida, atitudes mais positivas face ao próprio envelhecimento, menor solidão/insatisfação e menor agitação.

### 3.4.2. *Escala de Estilos de Vida para Idosos (EEVI)*

A medida utilizada para avaliar os estilos de vida é a Escala de Estilos de Vida para Idosos (EEVI) (Apêndice C), desenvolvida especialmente para os gerontes. Esta escala foi construída com base na literatura da especialidade, discriminando diversos aspetos considerados relevantes na vida diária dos gerontes. Este instrumento é composto por vinte e sete itens, que se agrupam em cinco fatores: (1) atividade (itens 1, 3, 5, 7, 10, 12, 14, 16 e 20); (2) socialização (itens 2, 9, 11, 15, 19, 23, 26 e 27); (3) *coping* funcional (itens 13, 17, 21 e 24); (4) cuidados com a alimentação (itens 6, 18, 22 e 25) e (5) e cuidados com a saúde (itens 4 e 8) (Cruz, Campôa & Ribeiro, 2009). Em relação às características psicométricas, o valor do Alfa de Cronbach<sup>3</sup> para a totalidade dos vinte e sete itens é de 0,857, embora quando nos reportamos aos alfas das subescalas a tendência seja para o valor da consistência interna diminuir: Fator 1 – atividade ( $\alpha = 0,863$ ); Fator 2 – socialização ( $\alpha = 0,753$ ); Fator 3 – *coping* funcional ( $\alpha$

---

<sup>3</sup> Forma de estimar a confiabilidade de um questionário aplicado em uma pesquisa.



= 0,621); Fator 4 – cuidados com a alimentação ( $\alpha = 0,635$ ) e Fator 5 – cuidados com a saúde ( $\alpha = 0,675$ ) (Cruz *et al.*, 2009).

Nesta escala pede-se aos indivíduos que respondam registrando em que grau as atividades referidas nos itens constituem os seus hábitos diários. As possibilidades de resposta variam em cinco graus, desde Nunca a Sempre. Sendo esta uma Escala Likert<sup>4</sup> a cotação de cada item é de 1 a 5, à exceção de três itens (3, 21 e 24), cotados de forma inversa. Quanto maior a pontuação mais saudável é o estilo de vida do sujeito.

### 3.4.3. Entrevista semiestruturada

Neste estudo, como método de recolha de dados optou-se pela entrevista. A entrevista de acordo com Fortin (2003), é um instrumento de recolha de dados frequentemente utilizado nos estudos descritivos. É um método que permite a recolha de grande quantidade de informação pertinente para reflexão e análise. O autor supracitado indica que na entrevista como existe contato direto entre o participante e o investigador, é possível o investigador clarificar, no momento exato, qualquer informação que não tenha ficado clara. A entrevista pode ser estruturada ou não estruturada, ou então pode ainda optar-se por combinar certos aspetos de ambas, sendo assim semiestruturada. De forma a conseguir responder às questões de investigação, considerou-se mais pertinente a entrevista semiestruturada, uma vez que permite uma maior flexibilidade relativamente à entrevista estruturada, conseguindo ao mesmo tempo guiar e focar a entrevista no sentido da recolha da informação desejada, o que seria mais difícil numa entrevista não estruturada. A entrevista semiestruturada tem ainda a vantagem de permitir explorar informações

Neste tipo de entrevista, o investigador exerce algum controlo sobre o conteúdo e o desenrolar da entrevista, sendo que apesar das linhas orientadoras previamente determinadas, o entrevistado tem alguma liberdade de expressão. Para a realização da entrevista semiestruturada é necessária a construção de um guião de entrevista

---

<sup>4</sup> É um tipo de escala de resposta psicométrica usada habitualmente em questionários, e é a escala mais usada em pesquisas de opinião. Ao responderem a um questionário baseado nesta escala, os perguntados especificam seu nível de concordância com uma afirmação.

(Apêndice D), tendo em conta os objetivos específicos do estudo, bem como a questão de investigação.

A construção do guião de entrevista, uma vez que é feita pelo investigador, necessita de um processo de validação. Este processo de validação consistiu na análise do guião por especialistas e posteriormente foi efetuado um pré-teste. Deste modo, o guião da entrevista (Apêndice D) foi construído e submetido a uma avaliação de protocolo da entrevista sobre a qualidade de vida na viuvez (Apêndice E) por três especialistas.

A construção do guião de entrevista foi realizada de acordo com a literatura existente, e de forma a cumprir os objetivos específicos do estudo. A entrevista foi constituída em blocos temáticos. O primeiro bloco é referente a dados de identificação geral. O segundo é sobre o casamento constituído por três questões onde se pretende recolher dados de forma a caracterizar o tipo de relação entre o viúvo/a e o seu cônjuge. O terceiro bloco designa-se adaptação à viuvez e é constituído por oito questões para entender como o entrevistado vive esta fase da sua vida e compreender se existiu alterações na sua rotina diária e se passou a efetuar atividades diferentes após ter ficado viúvo/a. Por fim o quarto bloco é designado participação comunitária e é constituído por cinco questões de forma a compreender as relações interpessoais que têm com familiares e vizinhos.

Após a conclusão da primeira fase do processo de validação, prosseguiu-se para a fase do pré-teste, no sentido de validar o guião da entrevista e iniciar a recolha de dados. Fortin (2003), refere que a fase do pré-teste é essencial porque permite verificar a eficácia do guião da entrevista. A aplicação do mesmo, tem como objetivo analisar o guião no seu geral, a compreensão e ordem das questões e outros problemas e sugestões referidos pelos participantes do pré-teste

Neste sentido, o pré-teste pretende verificar mais especificamente os seguintes elementos: se a linguagem utilizada é de fácil compreensão; se as questões elaboradas recolhem as informações desejadas; se é necessário acrescentar ou retirar questões ao guião de entrevista. Neste sentido foram realizadas duas entrevistas pré-testes com o objetivo de familiarização com o guião, aperfeiçoamento e ajuste aos objetivos e validação do instrumento. No fim deste processo de validação, o guião da entrevista foi concluído, estando assim pronto para ser aplicado à amostra do estudo.

#### 3.4.3.1.Tratamento de dados da entrevista semiestruturada

A estratégia utilizada na recolha dos dados requer a existência de uma relação próxima e pessoal com os participantes. Criada esta empatia entre a investigadora e o entrevistado, estes não hesitaram em abrir as portas de sua casa e da sua vida. Desta forma, as entrevistas foram realizadas no domicílio dos gerontes, em ambiente calmo, acolhedor e familiar e sempre pela mesma investigadora. Como os gerontes foram informados antecipadamente das condições de realização da entrevista e previamente informados acerca dos objetivos do estudo e da sua pertinência, todos aceitaram a participação no estudo e a gravação das entrevistas.

As entrevistas decorreram de Dezembro de 2014 a Fevereiro de 2015, de acordo com a disponibilidade de cada participante. Cada entrevista durou em média cerca de trinta minutos

Após a realização das dezoito entrevistas, seguiu-se a transcrição das mesmas. O conteúdo das entrevistas foi transcrito na íntegra e foi transcrita a linguagem utilizada pelos participantes, aumentando assim a riqueza e a fidelidade das informações recolhidas. Tal como indicado por Bardin (1991), na preparação do material deve-se recorrer à transcrição exaustiva de cada entrevista, devendo ser conservada toda a informação, quer linguística (totalidade das palavras) quer paralinguística (silêncios, onomatopeias e risos).

#### 3.4.3.2.Procedimento de tratamento de dados.

Após a transcrição das entrevistas e preparação das mesmas, procedeu-se à sua análise. Segundo Quivy e Campenhoudt (1992), tendo como método de recolha de dados a entrevista, impõe-se a análise de conteúdo como método de análise de dados. Ainda segundo os mesmos autores, é importante a recolha do máximo possível de elementos de informação durante a entrevista, para permitir uma análise sistemática de conteúdo.

Bardin (1991), conclui que a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas que recorrem a procedimentos sistemáticos de descrição e análise do conteúdo de mensagens comunicadas.

Neste estudo a organização da análise de conteúdo fez-se segundo as indicações de Bardin (1991), e a seguinte ordem cronológica: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação. De acordo com o autor a pré-análise é a fase da organização, com o objetivo de operacionalizar as ideias iniciais, de forma a conseguir-se um plano preciso de desenvolvimento da análise. A exploração do material consiste principalmente na codificação do material. Segundo Bardin (1991), nas fases de tratamento dos resultados, inferência e interpretação procede-se ao tratamento dos dados para que estes se tornem significativos, podendo os resultados ser organizados em tabelas, quadros, diagramas, imagens, que permitem realçar as informações mais relevantes.

Inicialmente efetuou-se uma leitura global do material de forma a estabelecer contato com a informação recolhida nas entrevistas. Pouco a pouco a leitura foi começando a ser mais precisa. Posteriormente procedeu-se a uma leitura massiva do material, através da qual foi possível identificar grupos de elementos, com caracteres comuns, denominadas unidades de registo. Bardin (1991), nos seus estudos menciona que as unidades de registo são a base para a categorização e têm natureza e dimensões muito variadas, podendo ser palavras, frases ou temas. De entre as várias técnicas de análise de conteúdo, a mais utilizada é a análise categorial. Neste estudo, tendo como base as unidades de registo, a análise foi categorial, onde foram definidos três domínios: casamento, adaptação à viuvez e participação comunitária.

A análise realizada às diversas categorias foi elaborada através da interpretação de toda a informação presente no material resultante das entrevistas. O processo de interpretação segundo o autor supracitado está, definitivamente associado a abordagens qualitativas, com vista à compreensão de todos os elementos presentes no corpus (conjunto de documentos tidos em conta para serem analisados).

Bardin (1991), indica que a categorização é um processo de classificação dos dados por diferenciação e posteriormente por reagrupamento segundo critérios previamente definidos, de acordo com os objetivos do estudo

As categorias devem, de acordo com o autor, possuir cinco qualidades, ou seja, exclusão mútua (cada elemento deve existir em apenas uma categoria), homogeneidade (a organização das categorias deve ser feita de acordo com um único princípio ou critério), pertinência (todas as categorias devem estar adaptadas aos objetivos do estudo, às questões de investigação, à fundamentação teórica, de forma a serem úteis e válidas

para o estudo), objetividade e fidelidade (todo o material deve ser codificado segundo as mesmas regras), produtividade (as categorias devem permitir a produção de inferências, dados exatos e hipóteses novas).

#### *3.4.4. Tratamento de dados das escalas*

A recolha de dados foi realizada entre Março e Abril de 2015. As escalas foram passadas após a realização das entrevistas semiestruturadas de forma a não influenciar a respostas das mesmas. E foram efetuadas aos participantes em dias distintos. No entanto quando os intervenientes eram menos autónomos em termos de compreensão da leitura, foi a investigadora que leu e preencheu os instrumentos.

As escalas foram analisadas de uma forma pormenorizada, com o intuito de se efetuar a triangulação entre os resultados das mesmas e a análise de conteúdo das entrevistas. Para ser mais fácil a nível de apresentação de resultados e discussão dos mesmos.

## **PARTE IV- APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Este capítulo é constituído pela apresentação e análise dos resultados obtidos. Esta será exposta através de uma análise cruzada entre análise de conteúdo das entrevistas realizadas com as escalas de forma a responder ao problema de investigação colocado e aos objetivos definidos.

De acordo com Fortin (2003), os resultados provêm dos factos observados no decurso da recolha de dados, estes factos são analisados e apresentados de maneira a fornecer uma ligação lógica com o problema de investigação proposto.

### **4.1. ANÁLISE DE CONTEÚDO DAS ENTREVISTAS EFETUADAS**

Os dados recolhidos, tendo em conta os objetivos e a natureza do trabalho, foram tratados através da análise de conteúdo quer da entrevista semiestruturada quer das escalas passadas.

Como já foi referido, foram efetuadas dezoito entrevistas que constituem o corpo da análise. Através da letra M identifica-se as participantes viúvas e pela letra H os participantes viúvos, seguidos da numeração 1 a 9, de acordo com a ordem de realização das entrevistas, com o intuito de nunca identificar o entrevistado e protegendo o mesmo em termos de confidencialidade e anonimato.

Na apresentação dos dados utilizou-se o texto narrativo, a que se acrescentou os excertos das entrevistas e as tabelas sínteses, para melhor clarificar e facilitar a análise dos discursos e a interpretação dos mesmos. A análise de conteúdo efetuada às entrevistas fez sobressair três domínios temáticos, inventariados por categorias e subcategorias demonstrados através das unidades de registo e frequências do mesmo (Apêndice F).

Com base nos resultados da análise de conteúdo às entrevistas e às escalas, procurou-se responder aos objetivos a que nos propusemos estudar.

#### 4.2. COMPROVAÇÃO DO OBJETIVO: COMPREENDER EM QUE MEDIDA A VIUEZ AFETA A SATISFAÇÃO DE VIDA

Uma vez que muitos autores referem que, apesar de o luto conjugal constituir um difícil acontecimento de vida (normalmente acompanhado de dificuldades a nível emocional, físico e social), muitos viúvos e viúvas são capazes de atribuir um significado a essa perda, lidando com os seus sentimentos de uma forma adaptativa, mantendo a sua estabilidade emocional, desenvolvendo novas aprendizagens e atividades, desenvolvendo novas relações de amizade e românticas e, acima de tudo, redefinindo a sua identidade pessoal, tornou-se imprescindível entender como os participantes percecionavam a satisfação com a vida antes da viuvez e após a mesma.

Da premissa apontada decorre o **primeiro objetivo específico** deste estudo - **compreender em que medida a viuvez afeta a satisfação de vida**. Através da análise de conteúdo das entrevistas Apêndice F apurou-se como os gerontes sentiram o seu casamento (resposta englobadas no domínio casamento) e como caracterizavam a relação com o seu cônjuge (categoria caracterização da relação). Apurou-se que as mulheres caracterizaram a sua relação com o seu cônjuge de forma harmoniosa e instável. E que os homens apenas a caracterizaram como harmoniosa, tal como é visível no Quadro 6.

**Quadro 6:** Domínio Casamento

Categoria	Subcategoria	Frequências	
		Homem	Mulher
Caracterização da Relação	Harmoniosa	9	4
	Instável	0	5

Estima-se que esta diferenciação na caracterização da relação se deve ao facto dos homens percecionarem o casamento como uma continuidade em termos do cuidado que a mãe representava, passando esse papel para a esposa uma vez que é esta quem monitoriza(va) a sua saúde e quem realiza(va) as tarefas domésticas.

Tal como refere Oliveira (2012), após a viuvez, a maior fonte de vulnerabilidade para os homens é a redução ao nível da interação social e do suporte social, bem como a necessidade de apoio ao nível da proteção da saúde e na realização das tarefas domésticas. Por isso os gerontes do sexo masculino caracterizaram todos a relação como harmoniosa verbalizando que era “ *Uma boa relação, era muito trabalhadora e poupada.*” (H7); “ *Dávamo-nos bem, estava á vontade para fazer tudo o que queria, compreendíamo-nos bem.*” (H6); “ *Era excelente, demo-nos sempre bem, nunca houve problemas.*” (H2)

Por outro lado, as mulheres quando caracterizaram como harmoniosa a sua relação, indicavam que “ *Foi muito bem*”(…) “ *Criando os filhos*”(…) “ *Correu tudo bem*”(A vida com o marido) “ *Foi muito boa*” (M2); “ *Boa, muito boa, de amor e respeito.*” (M8); “ *Bom, o meu marido era muito bom para mim*” (M9).

De acordo com Lopata (1981 cit. por Oliveira 2012), as pessoas viúvas, principalmente as mulheres, apresentam muitas vezes uma forma enviesada de recordar o cônjuge falecido, lembrando-se mais frequentemente de aspetos positivos, quando o descrevem, de tal forma que, por vezes, essa recordação se assemelha a um processo de “santificação”, o qual parece representar uma forma de defesa e adaptação para a viúva, promovendo a sua autoestima e a eliminação de memórias desagradáveis. Tal não foi verificado por todas as mulheres que participaram no estudo, uma vez que, cinco delas caracterizaram a relação com o seu cônjuge como instável, isto é, algumas mulheres referiam-se ao fato de viverem a relação de forma muito solitária indicando que “ *Ele gostava mais de estar na taberna (...)*”; “ *ele passava mais tempo no café aqui do lado do que em casa*”; “ *Não saíamos de casa. Nunca fomos a lado nenhum*” (M3). “ *Ao fim de 5 meses de ter casado o meu marido foi para a tropa. Ao fim de um ano de casada o meu marido foi para o Ultramar teve 2 anos em Luanda*” (M5).

Por outro lado, também caracterizaram a relação como instável devido ao consumo de substâncias por parte dos cônjuges referindo “ *Mais ou menos com altos e baixos. O meu marido gostava de beber.*”; “ *Não era das melhores, uns dias melhores outros piores*” (M4). “ *Ora umas vezes melhor outras mais mal, porque ele gostava muito de beber.*” (M6)

Em suma, com base no que foi referido anteriormente poderemos aferir que os homens apresentavam um maior índice de satisfação com a vida do que as mulheres na altura do casamento uma vez que todos os homens caracterizaram a relação como a



harmoniosa e apenas quatro mulheres assim a caracterizaram. Na situação em que a maioria das mulheres do estudo caracterizaram a relação como instável, deve-se considerar também a hipótese que tal facto possa estar relacionado com o tempo de viuvez uma vez que as mulheres estão viúvas há mais tempo que os homens, neste estudo. Por outro lado, as mulheres que não efetuaram uma avaliação positiva da sua relação com o seu cônjuge durante o casamento diminuindo assim a sua satisfação com a vida nesse período da sua vida, vai de encontro ao que Henriqueto (2013), defende nos seus estudos: o bem-estar psicológico é definido como uma avaliação positiva que o indivíduo faz da sua vida, em associação a sentimentos positivos e determinadas dimensões, nomeadamente, autoestima, satisfação de vida e ânimo.

Deste modo, é relevante analisar-se como é percecionada a satisfação de vida em ambos os géneros após a viuvez.

Para se realizar esta análise, efetuou-se a ligação do domínio Adaptação à Viuvez com as escalas passadas, ou seja, Escala de Estilos de Vida para Idosos (EEVI) e Satisfação com a Vida (PGCMS) tal como demonstra a Figura I.

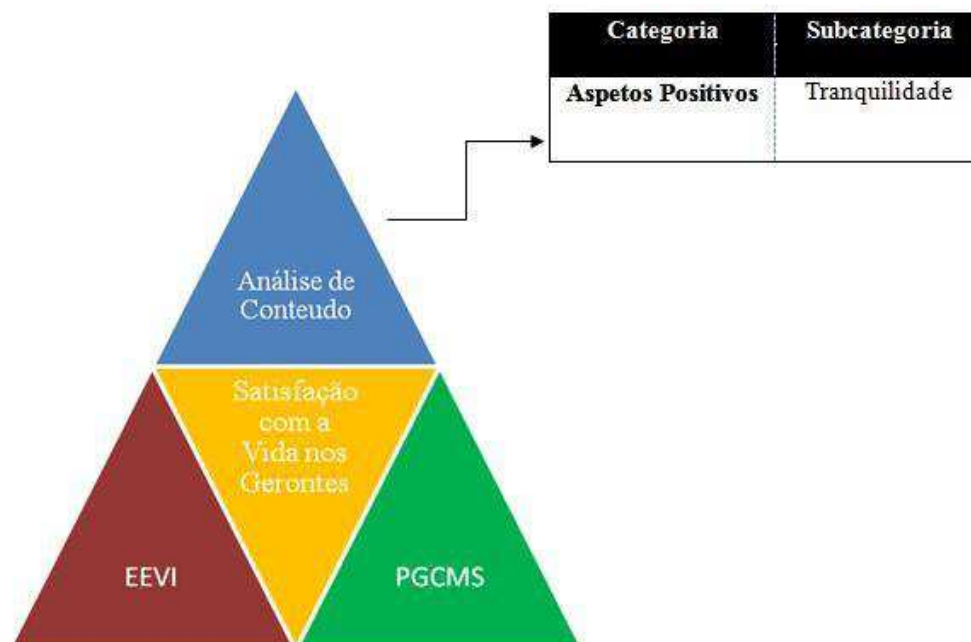


Figura I: Relação entre o Domínio Adaptação a Viuvez, EEVI e PGCMS a nível da Satisfação com a Vida nos Gerentes.

De forma a compreender esta interdependência foi realizada uma análise de conteúdo a ambas as escalas citadas, relacionando-se as questões chave de cada escala, que avaliavam a satisfação com a vida nos gerontes, tal como está indicado no Quadro 7 abaixo indicado. É necessário realçar que apenas se considerou as respostas positivas de cada género. Relativamente à análise de conteúdo referente ao domínio Adaptação à Viuvez (Apêndice F), só foram consideradas as frequências da categoria Aspetos Positivos (entendemos frequência as vezes que as pessoas mais velhas mencionaram uma adaptação positiva no seu discurso).

A análise aos dados do Quadro 7 mostra-nos que equiparando os resultados obtidos a nível das questões da escala PGCMS e Domínio Adaptação à Viuvez as mulheres sobressaíram, de forma positiva, em comparação com os homens.

**Quadro 7:** Resultados das Escalas EEVI, PGCMS e Domínio Adaptação à Viuvez que comprovam Satisfação com a Vida no Geronte

PGCMS (Questões nº)	Freq.		EEVI (Questões nº)	Freq.		Domínio Adaptação a Viuvez (Exemplos)	Freq.	
	H	M		H	M		H	M
9- Tenho tanta energia como no ano passado.	2	4	12- Costumo passear (viagens ou simplesmente ir à praia ou ao jardim).	4	2	- “O positivo é ter a família toda unida.” (M1)	1	6
11- Conforme envelheço as coisas estão melhores do que eu pensava.	2	1	15- Tenho boas relações com as pessoas que me rodeiam.	9	9	- “Gostei muito que ele morresse a minha frente, porque ele era mais triste que eu.” (M6)		
12- Estou tão feliz agora como quando era nova(o).	1	2	13- Procuro não me irritar com coisas sem importância.	6	4	- “positivos criei o gosto por ter tudo arranjadinho, tenho que ter tudo feito.” (H3)		
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>7</b>		<b>19</b>	<b>15</b>		<b>1</b>	<b>6</b>

Oliveira (2012), justifica este facto indicando que as viúvas podem apresentar aumentos no seu bem-estar após a morte do cônjuge, o que está associado à diminuição de certas dificuldades após a viuvez, nomeadamente à prestação de cuidados ao

cônjuge. O autor supracitado menciona também as mudanças nas condições de vida e nos contextos sociais, aumentando os níveis de *stress* e perturbação emocional, o que tem impacto ao nível da saúde física que, no caso dos mais velhos, já se encontra naturalmente mais fragilizada. Por outro lado, no caso de muitos homens, era muitas vezes a esposa quem monitorizava a sua saúde, pelo que, após a viuvez, com a perda deste controlo, se verifica o início de comportamentos de risco, como o abuso de substâncias, problemas de sono, má alimentação, não-aceitação da medicação.

No presente estudo os homens foram os únicos que mencionaram como aspeto negativo a subcategoria indiferença onde declaram por exemplo: “ *Nunca mais cuidei da saúde não me importo.*” (H6)

Outra das subcategorias mencionadas como aspetos negativos pelos participantes foi a solidão, ao referirem no seu discurso: “*Negativos, é a solidão, a ausência de companhia*” (H1); “ *A solidão, agora estou sempre sozinho, foi esta a grande mudança.*” (H3); “ *O negativo é o desgosto que tenho pelo fato de ter ficado sozinho tava tao bem acompanhado e agora estou sozinho.*” (H4); “*Falta de apoio que a solidão trás.*” (M3); “*Solidão, não ter com quem falar é muito triste.*” (M9). Também um dos participantes do sexo masculino e outro do sexo feminino mencionaram a subcategoria Revolta ao indicarem: “*É haver aborrecimentos porque e muita gente a viver na mesma casa.*” (M1); “ *O facto de a médica ter deixado morrer a minha mulher, não há nada de positivo nesta fase.*” (H7).

Todavia na escala EEVI validou-se que, a nível dos estilos de vida, os homens tiveram resultados mais positivos que as mulheres, umas das explicações deve-se ao facto que a nível da rotina diária nas mulheres não houve grandes alterações: “*sempre fui eu que fiz tudo*”(M3); “*continuei a fazer a minha rotina*” (M7); enquanto os homens beneficiaram de mudanças na sua rotina considerando estas como positivas uma vez que ganharam mais autonomia “ *Agora faço tudo sozinho.*”(H9); “*criei o gosto por ter tudo arranjadinho, tenho que ter tudo feito*”(H3). De acordo com Rosa (2010), o estilo de vida reúne ideias ou comportamentos passíveis de modificação ou pelo menos de influência pela sociedade e é constituído por hábitos de vida, participação social, interesses e satisfação de vida. O estilo de vida é constituído por vários componentes, entre os quais, a alimentação, a atividade física, o lazer, o repouso e as relações sociais e familiares.

Por outro lado, Neri (2005, cit. por Henriqueto, 2013) nos seus estudos, relativamente às questões de género e às questões de satisfação com a vida, encontrou menos satisfação global para com a vida em gerontes do sexo feminino, e explica que embora estas se manifestem socialmente mais ativas e vivam mais anos que os homens, a diminuição de satisfação deve-se ao facto das mulheres terem maior suscetibilidade de manifestarem doenças, dores crónicas, risco de quedas, incapacidade funcional e depressão, e possuírem mais responsabilidade no que concerne ao cuidado de outras pessoas mais velhas. A autora afirma, porém que as taxas de maior insatisfação global com a vida se verificam em pessoas com mais de 85 anos, com piores índices de saúde percebida e, em situação quer de viuvez, quer de institucionalização.

Nesse sentido torna-se pertinente conferir quais eram os resultados do género quanto à satisfação global para com a vida avaliada pela escala PGCMS. Pela leitura dos dados inscritos no Quadro 8 comprovou-se que a média da satisfação global para com a vida vai de encontro ao mencionado anteriormente pela autora uma vez que os homens obtiveram uma média de 5,5 e as mulheres uma média de 4,1 embora a diferença não seja muito significativa.

Quadro 8: Média da comparação entre Género e Satisfação com a Vida

Género do inquirido	Média	N	Desvio Padrão
Mulher	4,1111	9	3,58624
Homem	5,5556	9	2,60342
Total	4,8333	18	3,12956

Ao se abordar o bem-estar psicológico na terceira idade, é necessário analisar três fatores pela qual este é conceptualizado, isto é, Solidão/Insatisfação, Atitudes face ao próprio envelhecimento, e Agitação (Lawton cit. por Henriqueto, 2013).

A análise aos dados apresentados no Quadro 9, referente a estes três fatores, confirma-se que os homens apresentam valores positivos superiores ao das mulheres participantes do estudo nos fatores Solidão/Insatisfação e Agitação. Estes resultados vão de encontro aos estudos efetuados por Paúl e Colaboradores (2005 cit. por Henriqueto, 2013) que indicam que são as mulheres que se apresentam com mais

solidão/insatisfação. Henriqueto, (2013), salienta que quanto menor a educação dos gerentes, maior o sentimento de solidão.

Relativamente ao fator Atitudes Face ao Envelhecimento (Quadro 9) existem diferenças entre o presente estudo e o que é mencionado pelo autor, uma vez que, os melhores resultados neste fator foram os das mulheres enquanto, que o autor menciona, que são os indivíduos do sexo masculino que apresentam melhores resultados na subescala de atitudes face ao envelhecimento.

Quadro 9: Relação entre o Género e os Fatores da Escala PGCMS

	<b>Solidão / Insatisfação</b>	<b>Atitude face ao próprio envelhecimento</b>	<b>Agitação</b>
<b>Mulheres</b>	15	13	12
<b>Homens</b>	18	9	23

**Em suma:** Com base no que foi exposto anteriormente e de forma a responder ao objetivo proposto - compreender em que medida a viuvez afeta a satisfação de vida - , certificou-se que a viuvez afeta a satisfação de vida de forma positiva mais para as mulheres do que para os homens.

Comprovou-se que existiu uma evolução na satisfação para com a vida nas gerentes do sexo feminino após a viuvez e pode associar-se este evento à diminuição de certas dificuldades após a viuvez, nomeadamente, a prestação de cuidados ao cônjuge.

A nível global da satisfação com a vida as mulheres apresentarem em termos médios, valores mais baixos na escala PGCMS pondera-se que se deva ao facto da escolaridade apresentar uma correlação significativa e positiva, quer com o bem-estar psicológico, quer com a qualidade de vida.

Em relação aos participantes masculinos verificam-se componentes de Bem Estar apresentados por Catarino (2011), referentes ao sentido de crescimento contínuo e desenvolvimento como uma pessoa (crescimento pessoal) e sentido de autodeterminação (autonomia) - quando as pessoas mais velhas do sexo masculino

mencionam: “*temos consciência que temos que continuar porque estamos vivos e fui-me adaptando.*” (H1); “*Tive que aprender a fazer tudo.*” (H9).

Em relação às participantes mulheres esses componentes estão expressos nos seguintes excertos “*Depois do meu marido falecer é que fui trabalhar.*”(M4); “*fui homem e mulher para aguentar tudo, fazia de tudo*”(M5).

O componente possuir relações de qualidade com outros (relações positivas com outros) quando indicam “*Não tenho nada que dizer só tenho e que dizer e bem, elas é que tratam de mim.*”(H4); “*Dou-me bem com todas as pessoas.*”(H6); “*Tenho muitos amigos.*” (H9); (relação com os filhos) “*Bem não podia ser melhor.*”(M2); “*É ótima, são uns queridos.*”(M8); “*gosto muito dos meus vizinhos*” (M8).

Com base em tudo o que foi mencionado é possível validar que a satisfação com a vida é influenciada com a viuvez e afeta de forma diferente homens e mulheres.

#### 4.3. COMPROVAÇÃO DO OBJETIVO: AVERIGUAR A INFLUÊNCIA DO FATOR GÉNERO NA FORMA COMO O ESTADO DE VIUVEZ É SENTIDO E PERCEBIDO

Os dados apresentados mostram-nos que a viuvez pode afetar de forma positiva a satisfação com a vida e que esse facto difere a nível do género. Para satisfazer o **segundo objetivo específico** do presente estudo, que pretende **averiguar a influência do fator género na forma como o estado de viuvez é sentido e percebido** julgou-se importante comparar as alterações na rotina diária durante o casamento com a rotina diária após a viuvez e a forma como essas alterações foram sentidas pelos dois géneros. Numa segunda fase efetuou-se uma análise à forma como foram percebidos e sentidos os primeiros tempos após a viuvez comparando esses dados com as escalas passadas e por fim analisou-se o crescimento pessoal após a viuvez e a existência de diferenças entre os géneros.


##### 4.3.1 Diferenças sentidas pelos géneros na rotina diária no casamento e após a viuvez.

De forma a se compreender melhor as diferenças sentidas pelos gerentes na sua rotina diária no casamento, e após a viuvez, efetuou-se a comparação entre o domínio –

Casamento - e o domínio -Adaptação à Viuvez- a nível da rotina diária (Figura II) que surgiram da análise de conteúdo das entrevistas das pessoas mais velhas (Apêndice F).

Domínio Casamento

Categoria	Subcategoria	Freq.	
		H	M
Rotina Diária	Trabalhosa	8	6
	Solitária	1	3
	De Convívio Exterior	1	0



Domínio Adaptação à Viuvez

Categoria	Subcategoria	Freq.	
		H	M
Quotidiano	Sem Alterações	3	6
	Mais Autonomia	6	3

Figura II- Comparação a Nível da Rotina Diária no Casamento e Após a Viuvez em ambos os Gêneros.

Com base na Figura 2 confirmou-se que, na altura do casamento, ambos os géneros indicaram que a rotina diária incidia mais a nível do trabalho: “ (...) *ia trabalhar e depois regressava a casa, morei sempre aqui perto do trabalho.*” (H1); “ *Sempre a trabalhar.*” (H5); “ *Era trabalho casa e casa trabalho, não se fazia outra coisa.*” (H8); “ *Rotina de trabalho Só trabalhava*”(M1); - “ *A minha rotina era ir e vir do trabalho*” (M2); “ *Levantava-me de manhã, às 06:00, ia para o trabalho e vinha para casa á noite e fazia as coisas em casa*” (M7).

Em relação às subcategorias -Solitárias e -Convívio Exterior - apenas um participante do sexo masculino identificou estas subcategorias, indicando que “ (...) *ela quando a minha filha faleceu perdeu a vontade de viver só saía comigo á sexta-feira quando íamos fazer compras, fora isto punha-se em frente á televisão sem som com a luz apagada e chegou uma altura em que mal eu chegava a casa começava a discutir comigo e eu acabava por sair novamente.*” (H2); “ *Sou uma pessoa que não bebo, mas gosto muito de sair, não sou muito para estar em casa. Mesmo depois de reformado estava muito pouco tempo em casa*” (H2).

Relativamente às participantes, três caracterizaram a sua rotina diária como solitária, porque mencionavam que “ *Era só em casa.*” (M4); “ *Fazia a lida da casa e ajudava o meu marido na horta*” (M4); “ *Não fazia nada. Ia ao mercado, fazia as*

*refeições e ia levar e buscar o meu filho á escola ...” (M9); “Ia as compras á aldeia depois voltava para o monte” (M6).*

Contudo ao comparar-se a rotina diária na altura do casamento e após a viuvez é notório que foram os gerontes do sexo masculino que mais sentiram as mudanças na após a viuvez: *“ Levanto-me lavo roupa estendo e passo a ferro limpo o pó e varro o chão.” (H5); “ Agora faco tudo sozinho.” (H9); “Mudou tudo antes era a minha mulher que cuidava de tudo a nível da casa agora tenho que ser eu a fazer as coisas.” (H3); “ Tive aprender a fazer tudo sozinho porque antes fazia tudo em conjunto com a minha esposa” (H1).*

Por outro lado as participantes, maioritariamente consideraram que não existiam alterações na sua rotina diária, uma vez que eram elas que efetuavam as lidas domésticas: *“Não, a minha rotina continuou igual.” (M2); “Não, continuo a morar na mesma casa a falar com as mesmas pessoas a frequentar a igreja” (M3); “Continuo a fazer tudo o que fazia, não alterou nada. Só passei a ir ao cemitério que anteriormente não ia.” (M9); “Não sempre fiz tudo quando ele estava vivo e vinha bêbado no outro dia era eu que tinha que fazer o meu trabalho e o dele” (M6).*

Estes trechos vão de encontro ao que Oliveira (2012), indica que após a viuvez, a maior fonte de vulnerabilidade para as mulheres são as dificuldades económicas, enquanto que, para os gerontes do sexo masculino, é a necessidade de o apoio ao nível da proteção da saúde assim como da realização das tarefas domésticas.

#### *4.3.2. Adaptação à viuvez diferenças a nível do género.*

Tal como demonstrado anteriormente existem diferenças na rotina diária após a viuvez, e que estas são mais significativas para os gerontes do sexo masculino. Torna-se assim importante compreender como é que essa adaptação à viuvez é sentida e percebida pelas pessoas mais velhas de ambos os sexos. Para essa análise foi utilizada a relação do Domínio Adaptação à Viuvez com a escala de Estilos de Vida para Idosos (EEVI) e Satisfação com a Vida (PGCMS) tal como demonstra a Figura III.



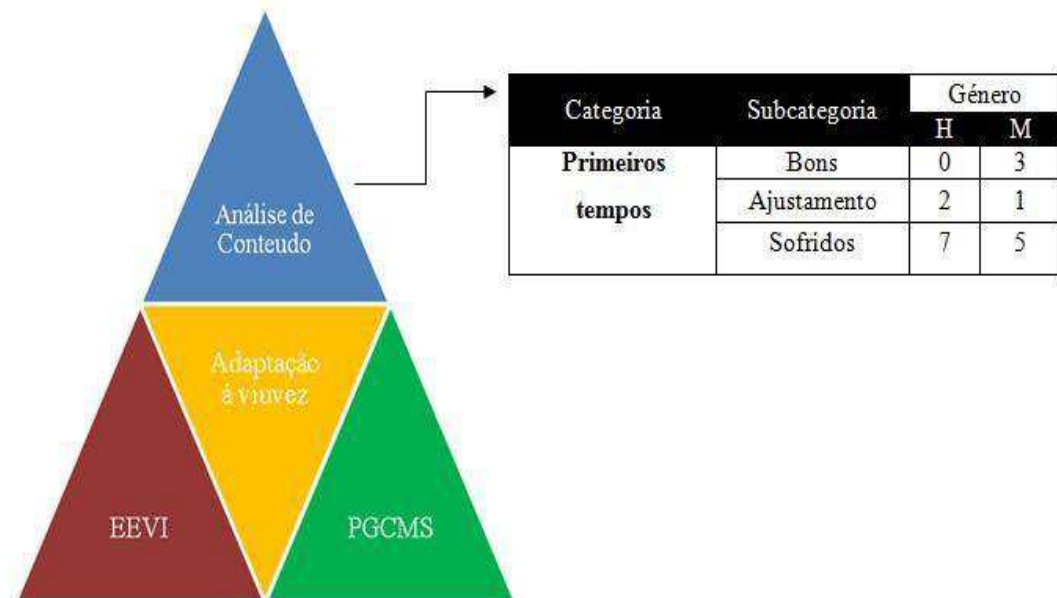


Figura III- Relação entre o Domínio Adaptação à Viuvez, EEVI e PGCMS a Nível do Gênero.

Foi realizada a relação entre o que foi referenciado na análise de conteúdo das entrevistas no domínio Adaptação à Viuvez, categoria Primeiros Tempos, e as questões de ambas as escalas que melhor refletiam a adaptação à viuvez tal como demonstra o Quadro 10. Analisou-se ao pormenor ambas as escalas citadas, e relacionou-se as questões chave de cada escala. Mais uma vez, apenas foram ponderadas as respostas positivas de cada escala. Relativamente à análise de conteúdo referente ao domínio Adaptação à Viuvez (Apêndice F) só se considerou as frequências da categoria Primeiros Tempos a subcategoria Bons e Ajustamento, uma vez, que demonstram uma adaptação à viuvez positiva.

Quadro 10: Resultados das escalas EEVI, PGCMS e Domínio Adaptação à Viuvez

PGCMS (Questões nº)	Freq.		EEVI (Questões nº)	Freq.		Domínio Adaptação a Viuvez (Exemplos)	Freq.	
	H	M		H	M		H	M
3- Tenho muitos motivos para estar triste.	4	4	24- Fico muito tempo a “magicar” nas coisas que correm mal.	3	2	<p>- “<i>Os primeiros tempos tentámo-nos adaptar á situação, porque não estávamos á espera (...)</i>”(H1)</p> <p>- “<i>Continuei a trabalhar para me adaptar (...)</i>”(H5)</p> <p>- “<i>Melhores que agora</i>”(M1)</p> <p>- “<i>Fui-me habituado os meus filhos já estavam encaminhados</i>”(M2)</p>	3	4
4- Tenho medo de muitas coisas.	6	3	3- Fico parado(a) a maior parte do dia.	6	9			
2- Às vezes estou tão preocupada(o) que não consigo dormir.	4	2	21- Levo os meus problemas muito a peito.	4	2			
8- As coisas pioram conforme envelheço.	3	2	8- Faço exames de rotina para controlar a minha saúde (p.ex. diabetes, tensão arterial).	6	8			
5- A vida é custosa para mim a maior parte do tempo.	4	1	17- Tento não pensar demasiado nos problemas.	5	3			
Total	21	12		24	24		3	4

Ao comparar os resultados corroborou-se que os homens apresentam respostas mais positivas na escala PGCMS o que pode ser devido à influência da escolaridade como já anteriormente chamámos a atenção.

Para aferir se existem diferenças significativas a nível dos géneros na adaptação à viuvez foi dada primazia à análise de conteúdo efetuada às entrevistas. Desta forma, apurou-se que apenas as mulheres identificaram a subcategoria –Bons. referindo: “*Melhores que agora*” (M1); “*Os primeiros tempos foram assim um pouco atrapalhados mas graças a Deus correu bem.*” (M3). Apenas uma participante identificou a subcategoria Ajustamento: “*Fui-me habituando os meus filhos já estavam encaminhados*” (M2), enquanto dois homens aludiram a essa subcategoria: “*Eu de repente vejo-me sozinho com o rapaz e não foi fácil, mas ao mesmo tempo temos consciência que temos que continuar porque estamos vivos e fui-me adaptando.*” (H1);

*“ Continuei a trabalhar para me adaptar (...)”(H5).* No entanto em todas as entrevistas realizadas ambos os sexos identificaram a subcategoria Sofridos, embora tivessem sido os homens que mais relevância deram a esta subcategoria, porque em nove gerontes entrevistados sete deles caracterizaram assim os primeiros tempos após a viuvez indicando: *“ Foram tempos difíceis, já estava mal e ainda fiquei pior com muitos nervos. Ela gostava de mim e eu gostava dela eramos muito amigos e amávamo-nos um ao outro.” (H6); “ Foram difíceis, tive que vir viver para perto dos meus familiares.” (H7); “ Foram mal, foi muito complicado e acabei por ter uma depressão 8 meses depois de ela falecer, acabei por recuperar aos poucos e agora já estou bem, ainda andei um ano a tomar medicação.” (H3); “ Muito sofrimento, muito sofrimento.” (H8); “ Sabe quando chegava a casa tinha uma companhia e agora sinto-me só” (H8).*

Relativamente às mulheres participantes do estudo em nove entrevistadas, cinco delas mencionaram essa subcategoria no seu discurso relatando: *“Foi difícil, sozinha, sem ninguém” (M9); “Fiquei sozinha, os meus filhos já viviam em casa deles” (M8); “Foi, muito difícil, com muitas coisas às costas” (M5); “Foram muito maus, ainda hoje tomo medicação para a depressão, tentei deixar de os tomar, mas deixei de ter vontade de me levantar (...)”(M7).*

A este propósito Van Grootheest e os seus colaboradores (1999 cit. por Oliveira 2012), afirma que a viuvez se encontra associada a elevados níveis de sintomatologia depressiva. Esta associação é mais forte para os homens do que para as mulheres e é mediada por diferentes tipos de stressores ambientais para as viúvas (por exemplo tamanho da rede social) e para os viúvos (por exemplo apoio emocional recebido).

Segundo Oliveira (2012), no caso da viuvez, os viúvos apresentam níveis de depressão mais elevados do que as viúvas. O mesmo padrão de resultados foi encontrado por Lee e Colaboradores (1998 cit. por Oliveira 2012), que afirmam que a viuvez tem um efeito mais adverso na saúde dos homens do que na das mulheres, o que contribui para um aumento da depressão. Por outro lado, as mulheres apresentam também maior tendência para permanecer no estado de viuvez do que os homens, que mais facilmente reconstroem a sua vida marital após a perda da esposa.

Segundo Oliveira (2012), os efeitos da viuvez também são condicionados pelo tempo após a perda. Ou seja, o tempo de viuvez constitui também uma variável importante a ter em consideração, no sentido em que se encontra negativamente relacionada com a depressão nas mulheres, mas não entre os homens. Isto é, o tempo de

viuvez modera mais os efeitos da viuvez nas mulheres do que nos homens. Este facto pode ser melhor compreendido se tivermos em conta que os homens apresentam tempos de viuvez mais curtos comparativamente com as mulheres, que apresentam frequentemente tempos de viuvez mais longos. No presente estudo confirma-se o que o autor indica, isto é, tal como já foi apresentado no Quadro 2, os homens da amostra apresentam um tempo de viuvez mais curto do que as mulheres, tendo algumas delas apresentado tempo de viuvez entre 21 e 30 anos.

No entanto, Oliveira (2012), nos seus estudos mostrou que as consequências psicológicas da viuvez variam amplamente em função do contexto da perda, incluindo o facto de a morte ser súbita e inesperada ou ser o resultado de um longo período de doença e, consequentemente, uma morte, previsível também influencia a forma como o viúvo (a) vai viver e lidar com a perda e vai influenciar a forma como a pessoa faz a sua adaptação à viuvez. Em termos de adaptação à viuvez o autor definiu três fatores a ter em conta a qualidade da relação conjugal (onde relação conjugal nas pessoas mais velhas é particularmente importante, porque as pessoas se confrontam com a possibilidade de não terem outro tipo de relação próxima), circunstâncias da morte (isto é, se a morte ocorreu de uma forma repentina e súbita ou se era esperada, constituem um stressor cujo impacto se faz sentir no comportamento das pessoas enlutadas) e género (apesar de ambos os sexos sofrerem com a experiência do luto, os viúvos apresentam consequências mais severas que as viúvas).

Neste estudo apurou-se a natureza da relação com a pessoa falecida, contudo é imprescindível, tal como os autores mencionam, verificar as circunstâncias da perda. Pela análise ao discurso dos gerontes, foi identificado, duas subcategorias na categoria - Tipo de morte- (Apêndice F), Súbita (quando os familiares não estavam à espera), onde cinco mulheres identificaram esta como circunstância da perda verbalizando que: *“O meu marido faleceu com um AVC fulminante, antes de entrar ao serviço.”* (M8); *“Teve uma embolia cerebral”* (M3); *“Teve um ataque de coração”* (M2); *“Faleceu de acidente, vinha em cima de uma besta caiu e passaram-lhe por cima”* (M4). Em relação aos homens quatro deles identificaram desta forma referindo *“Ela morreu com um AVC estava a apanhar roupa, deu-lhe aquilo, correu para casa, daqui levamo-la para o hospital, ainda foi para Lisboa mas estive lá 24 ou 48 horas e acabou por falecer.”* (H1); *“A minha esposa morreu em casa. Teve um enfarte”* (H9).

Este tipo de morte faz variar o tempo de duração da primeira fase do processo de luto e o tempo de recuperação é mais demorado. O tipo morte súbita vem transtornar o curso normal dos acontecimentos, a notícia de uma morte repentina vai encontrar o indivíduo emocionalmente desprevenido, pois ao invés de encontrar a pessoa de quem gosta, recebe a notícia da sua morte.

No que diz respeito a subcategoria Prolongada, cinco dos gerontes do sexo masculino referiram esta indicando: “ *A minha mulher que deus tem começou com dores, com dores e já nem na cadeira de rodas conseguia, depois esteve acamada e depois faleceu.*” (H4); “ *A minha esposa, foi o malvado que a levou. A doença do século, o cancro.*” (H8); “ *A minha mulher faleceu porque ela sofria muito de asma, fomos ao hospital 2 vezes e conseguiu sair porque safou-se mas há 3 já não*” (H5). Nas mulheres quatro delas reconheceram esta subcategoria contando que “*Tinha um problema na cabeça*” (M5); “*Tinha Parkinson*” (M6); “*Faleceu com uma doença na próstata e nos ossos*” (M7).

No presente estudo comprovou-se, o que foi mencionado anteriormente pelo autor, uma vez que os gerontes a qual os seus conjugues faleceram de doença prolongada manifestaram um certo alívio, ao verbalizar como havia falecido o mesmo.

Outro fator a ter em conta é a qualidade da morte uma vez que influência a adaptação à viuvez da pessoa enlutada. A este propósito efetuou-se a relação entre a circunstância da perda (subcategoria Tipo de morte) e a adaptação à viuvez (subcategoria Primeiros tempos) em ambos os géneros averiguou-se que tal como Carr, Wortman, Nesse, & Kessler (2001) indicam, o luto pode ter o seu início mais cedo, ou seja, as pessoas enlutadas começam a sofrer por antecipação, quando se trata de uma morte esperada falando de uma pré-viuvez. Como se confirma na análise de conteúdo das entrevistas aos participantes, damos-nos conta que M1 e M6 em que os respetivos cônjuges tiveram uma morte esperada, quando caracterizaram os primeiros tempos indicaram que foram bons. Já nos homens verificamos que apenas H5, em que a sua mulher teve uma morte esperada, identificou nos primeiros tempos um momento de ajustamento. No que diz respeito à morte súbita existe uma correlação entre a caracterização do tipo de morte como súbita e a identificação dos primeiros tempos de viuvez como sofridos.

**Em jeito de síntese:** Como já foi mencionado anteriormente, a viuvez é mais comum nas mulheres do que nos homens, no entanto, ambos os sexos enfrentam diferentes desafios ao lidar com a morte do cônjuge. Vários estudos têm sugerido que a experiência da viuvez, em termos psicológicos, é mais difícil para os homens do que para as mulheres o que também se apurou no presente estudo.

Todavia e tal como é evidenciado na literatura é imprescindível existir uma avaliação multidimensional da adaptação dos gerentes à perda do cônjuge. Esta avaliação deve incluir um conjunto de variáveis sociais, económicas e comportamentais, incluindo, por exemplo, a participação e envolvimento social, o grau de apoio social recebido e percebido, estratégias para lidarem com as atividades diárias e o crescimento pessoal em face da perda. Variáveis sociais, essas que serão conferidas em seguida no estudo.

#### *4.3.3. Crescimento Pessoal na Adaptação à Viuvez*

Hansson e colaboradores (1993 cit. por Oliveira 2012) apresentam uma conceptualização positiva do processo de viuvez. Estes autores defendem que a viuvez pode permitir aos viúvos olhar para o futuro de uma outra forma, isto é, os viúvos podem planear e investir no seu futuro, assumindo o controlo individual das suas opções de vida, podendo assim, reconstruir as suas vidas após a morte do cônjuge. No presente estudo quando os participantes foram questionados sobre se tiveram de aprender a fazer alguma coisa que não sabiam, aquando a viuvez, conferiu-se que em ambos os géneros existiu novas aprendizagens tal como é demonstrado no Quadro 11.

**Quadro 11:**Diferenças a Nível do Género no Crescimento Pessoal

Domínio	Categoria	Subcategoria	Freq. (Género)	
			H	M
Adaptação à Viuvez	Atividades Remuneradas	Aprendizagem de atividades Laborais	0	3
	Atividades não Remuneradas	Aprendizagem de atividades doméstica	5	0
		Sem aprendizagens domésticas	4	6

É então importante perceber que tipos de atividades de adaptação à viuvez promoveram novas aprendizagens em ambos os géneros. Nesse sentido confirmou-se que para os gerontes do sexo masculino as suas aprendizagens foram a nível das atividades domésticas: *“Tive que aprender a cozinhar, que é uma tarefa mais feminina, mas sempre me fui desenrascando.” (H1); “ Comida sempre fiz, mas tratar da roupa tive que aprender e o que não me ajeito a fazer é passar a ferro.” (H3); “ Tive que apreender a mexer no fogão e apreender a cozinhar.” (H5); “ Algumas coisas, não passava a ferro agora tenho que as passar, lavar a loiça. Sabe como é, nessa altura as mulheres só trabalhavam em casa, tive que me adaptar aos tempos modernos.” (H8); “ Tive que aprender a fazer tudo, lavar loiça, passar a roupa fazer essas coisas” (H9).*

Um evento interessante é que quatro dos gerontes do sexo masculino indicaram que não tiveram que apreender nada de novo. Esta afirmação tem diferentes justificações:

(1) Foram cuidadores da esposa que teve uma doença prolongada como nos dá conta H7 *“ Não, já sabia fazer tudo desde comida a lida da casa, e o que não faço vem cá uma mulher de quinze em quinze dias fazer a limpeza geral”;*

(2) Passaram a viver com a família após a perda do cônjuge, tal como, referem no seu discurso na categoria - Primeiros Tempos- subcategoria coabitação (Apêndice F): *“ Isso não a minha nora vive comigo e não tive que aprender a fazer nada ela trata*

*de tudo e trata-me muito bem, como se fosse minha filha.” (H6); “Não, não” (H2), “Não tive que aprender nada uma vez que são as minhas filhas que fazem a comida e arrumam a casa” (H4).*

Freitas (2011), refere que a coabitação da família com ascendentes é a forma mais intensa de solidariedade familiar. E, apesar da evolução observada na estrutura sociofamiliar, Silva (2011), refere que a família continua a assegurar-lhes a prestação de cuidados informais essenciais à satisfação das suas necessidades básicas e à gestão do seu domicílio.

Para um dos gerontes, apesar de não ter ido viver com a família, são as filhas que cuidam de tudo desde a refeição ao cuidado da casa, o mesmo reforça indicando: *“Não tive que aprender nada uma vez que são as minhas filhas que fazem a comida e arrumam a casa” (H4).*

Deste modo na opinião de Silva (2011), o familiar cuidador dedica-se à higiene pessoal da pessoa mais velha, à confeção das refeições, às compras, à administração da medicação, às tarefas de asseio e organização da casa.

Por sua vez as participantes referem como aprendizagens a necessidade de ter que voltar a trabalhar para o bem-estar da família a nível económico. Indicando que: *“Depois do meu marido falecer é que fui trabalhar” (M4); “Fui trabalhar para fora, aí tive que mudar.” (M4); “Trabalhei muito” (M1); “Quando o meu marido morreu fiquei com 10 empregados.” (M5).*

A maior parte das participantes que participaram no estudo (6) não consideram que aprenderam alguma coisa após a viuvez, uma vez que, já efetuavam tudo anteriormente: *“Não, não aprendi a fazer nada, já fazia de tudo, continuei a fazer a minha rotina.” (M7); “Mas não aprendi a fazer nada tudo o que faço já fazia” (M8) “Não, já sabia fazer de tudo, sabia fazer comida, sabia cavar, sabia mondar” (M9).*

**Em suma:** Com base em tudo o que foi supracitado pode-se confirmar que existe a influência do fator género na forma como o estado de viuvez é sentido e percebido, ou seja, a experiência da viuvez, em termos psicológicos, é mais difícil para os homens do que para as mulheres. As dificuldades associadas à viuvez diferem consideravelmente entre homens e mulheres, refletindo nos homens a necessidade de aprender as lidas



domésticas desenvolvendo a sua autonomia, enquanto para as mulheres a maior urgência é nível do emprego.

Esta necessidade de aprendizagem faz com que haja um crescimento a nível pessoal nos gerontes viúvos e assim uma reestruturação da sua identidade pessoal o que vai de encontro ao que os autores mencionaram na literatura apresentada anteriormente. Apesar de o luto conjugal constituir um difícil acontecimento de vida, normalmente acompanhado de dificuldades a nível emocional, físico e social, muitos viúvos e viúvas são capazes de atribuir um significado a essa perda, lidando com os seus sentimentos de uma forma adaptativa, mantendo a sua estabilidade emocional, desenvolvendo novas aprendizagens e atividades, desenvolvendo novas relações de amizade e românticas e, acima de tudo, redefinindo a sua identidade pessoal. A viuvez pode tornar-se, assim, um lugar de crescimento e resiliência.

#### 4.4. COMPROVAÇÃO DO OBJETIVO: ANALISAR O IMPACTO DA VIUVEZ DE ACORDO COM O GÉNERO NAS OPÇÕES DE ESTILO DE VIDA

Anteriormente já foi investigado como a viuvez afeta a satisfação com a vida e como o género influencia a forma como o estado de viuvez é sentido e percebido, fatores esses que vão influenciar a qualidade de vida nas pessoas mais velhas. Outros dos acontecimentos que têm interferência, como se verificou na literatura é as opções de estilo de vida adotadas pelos gerontes. Vamos analisar o **terceiro objetivo específico**, que pretende **analisar o impacto da viuvez de acordo com o género nas opções de estilo de vida**. Desta forma, serão conferidas as diferenças entre os géneros e os estilos de vida adotados após a viuvez.

##### *4.4.1. Diferenças entre o Género e os Estilos de Vida.*

Para compreender se existem diferenças entre os gerontes do sexo masculino e do sexo feminino a nível dos estilos de vida adotados compararam-se os resultados obtidos na escala EEVI (Quadro 12)

Quadro 12: Resultados Médios da EEVI conforme o Género

Género do inquirido	Média	N	Desvio Padrão
Mulher	96,2222	9	11,72367
Homem	96,2222	9	9,33780
Total	96,2222	18	10,28165

Pela leitura do quadro verificamos que para ambos os géneros inquiridos a média é de 96,2222 existindo apenas diferenças a nível do desvio padrão onde os homens obtiveram um valor de 9,33780.

No entanto, ao se analisar de forma detalhada e em termos globais os resultados obtidos na EEVI, tal como esta apresentado no Quadro 13, verificou-se que dois homens apresentaram um estilo de vida mais saudável e só uma das mulheres se enquadrava neste estilo de vida.

Quadro 13: Valor Total das Respostas dos participantes na EEVI

<b>Homens</b>	<b>Total de Respostas</b>
<b>H1</b>	110
<b>H2</b>	92
<b>H3</b>	89
<b>H4</b>	101
<b>H5</b>	86
<b>H6</b>	93
<b>H7</b>	89
<b>H8</b>	100
<b>H9</b>	109

<b>Mulheres</b>	<b>Total de Respostas</b>
<b>M1</b>	101
<b>M2</b>	101
<b>M3</b>	102
<b>M4</b>	96
<b>M5</b>	88
<b>M6</b>	115
<b>M7</b>	104
<b>M8</b>	78
<b>M9</b>	85

Para definir o que seria um estilo de vida mais saudável, apenas se considerou as respostas 4 (frequentemente) e 5 (sempre) e só teria um estilo de vida mais saudável os resultados que estivessem no intervalo de [108; 135].

Salienta-se que a adoção de um estilo de vida saudável é vital para qualquer indivíduo em qualquer idade. Todavia, é na terceira idade que se destaca a importância de um estilo de vida saudável pois, de acordo com Ribeiro (2009), é a partir deste período que o organismo começa a apresentar maior fragilidade. Consequentemente, um

estilo de vida saudável favorece o envelhecimento saudável, promovendo a longevidade acompanhada de qualidade de vida.

Ao analisar-se de forma minuciosa os dados do Quadro 14 que em seguida é apresentado são as mulheres que melhores resultados apresentam nos fatores socialização, cuidados com a alimentação e cuidados com a saúde, contrariamente ao que tinha sido verificado a nível global. Relativamente aos dois últimos fatores, já tinha sido constatado, que são os gerontes do sexo masculino viúvos que cuidam menos da sua saúde e da sua alimentação, uma vez que, era a sua conjugue que tinha esse papel.

Relativamente aos homens participantes no estudo estes tiveram melhores resultados no fator atividade e *coping* funcional. Ribeiro (2009), indica que o *coping* é importante para um envelhecimento saudável assim, em idades mais avançadas (a partir dos 70 anos), os gerontes recorrem mais ao *coping* de acomodação em detrimento do *coping* de assimilação (estratégias de compensação), ou seja, verifica-se um reajustamento (diminuição) das expectativas e objetivos dos sujeitos. Desta forma, os gerontes conseguem manter a satisfação com as suas capacidades de performance

De acordo com Ribeiro (2009), numa investigação qualitativa sobre o *coping* no quotidiano de gerontes, verificou-se que uma estratégia utilizada era o *coping* adaptativo, aceitando as ajudas disponíveis. Todavia, alguns gerontes evidenciavam estratégias de *coping* passivo, relegando para as outras pessoas o controlo das suas vidas, quer na tomada de decisões, quer na realização de tarefas diárias. Estes dados vão de encontro ao apurado no estudo: nos homens, comprovou-se que alguns deles foram viver com a família após a morte do seu conjugue e por outro lado são os descendentes, principalmente do sexo feminino, que cuidam da sua casa e efetuam as tarefas diárias como já referido.

Quadro 14: Relação entre o Género e os Fatores da EEVI

	Atividade	Socialização	Coping Funcional	Cuidados com a Alimentação	Cuidados com a Saúde
Homens	250	307	114	129	66
Mulheres	237	319	88	148	78

**Em síntese:** Com base nos resultados obtidos na escala EEVI pode-se aferir que são os homens que adotam um estilo de vida mais saudável, comparativamente com as gerontes do sexo feminino em que apenas uma se destacou das nove entrevistadas.

Apesar de existirem valores distintos a nível dos cinco fatores diferenciados na EEVI e serem as mulheres a obterem valores mais elevados em três deles a nível global, são os homens que apresentam valores superiores. Verificou-se que após perda da esposa, os viúvos continuaram a receber os cuidados na alimentação e saúde, papel assumido pelas descendentes do sexo feminino ou noras.

#### 4.5. COMPROVAÇÃO DO OBJETIVO: COMPREENDER QUAL O IMPACTO DA VIUEZ DE ACORDO COM O GÉNERO NA PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA

Sendo a participação e envolvimento social, o grau de apoio social recebido e percebido, variáveis sociais importantes na avaliação multidimensional da adaptação das pessoas mais velhas à perda do cônjuge, torna-se basilar **compreender qual o impacto da viuvez, de acordo com o género, na participação comunitária** indo ao encontro do terceiro objetivo específico.

##### *4.5.1. Análise cruzada entre as escalas (EVVI e PGCMS) e o Domínio Participação Comunitária*

Para conhecer a forma como é sentida e percebida a participação comunitária após a viuvez nas pessoas mais velhas foi efetuada a análise cruzada, entre as escalas (EVVI e PGCMS) e tal como já realizada anteriormente, serão utilizadas as questões de ambas as escalas que melhor refletiam a participação comunitária e o domínio participação comunitária da análise de conteúdos, tal como evidencia a Figura IV.

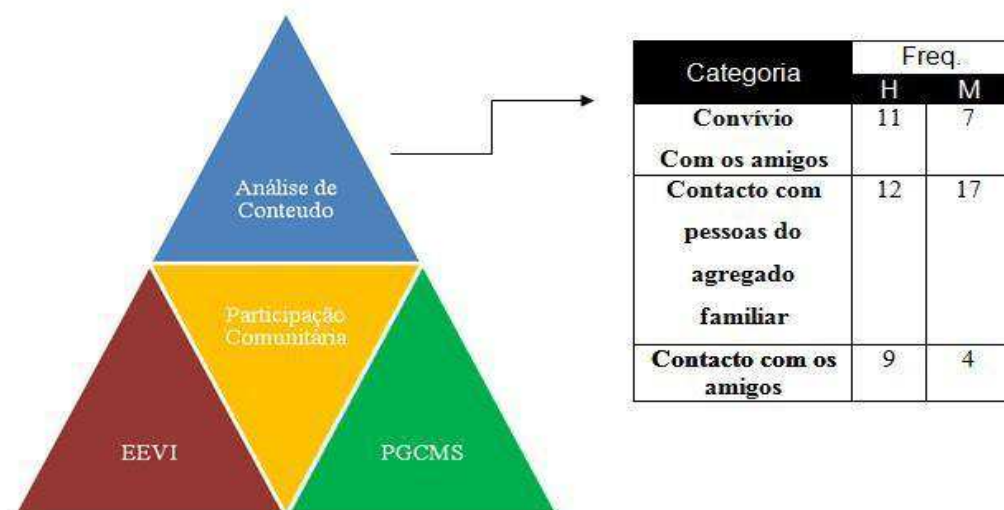


Figura IV- Relação entre Domínio Participação Comunitária, EEVI e PGCMS a Nível do Género

É necessário realçar que apenas foram estudadas as respostas positivas de cada género. Relativamente à análise de conteúdo referente ao domínio Participação Comunitária (Apêndice F) apenas se teve em conta as frequências da categoria Convívio com os amigos, a categoria Contacto com pessoas do agregado familiar e a categoria Contacto com os amigos, e entendeu-se frequência as vezes que os gerontes mencionaram uma participação comunitária positiva no seu discurso (Quadro 15).

Quadro 15: Resultados das escalas EEVI, PGCMS e Domínio Participação Comunitária

PGCMS (Questões nº)	Freq.		EEVI (Questões nº)	Freq.		Domínio Participação Comunitária (exemplos)	Freq.	
	H	M		H	M		H	M
11- Conforme envelheço as coisas estão melhores do que eu pensava.	2	1	9- Tenho bons amigos com os quais posso contar.	9	7	<i>“Ajudo as minhas vizinhas” (M8)</i>  <i>“Vou para as pinturas.” (M7)</i>  <i>“(…) saio às vezes com uns amigos.” (H9)</i>  <i>“ Vou dar uma voltinha e vou ao café.” (H6)</i>	32	28
12- Estou tão feliz agora como quando era nova(o).	1	2	19- Sinto-me integrado(a) na comunidade em que vivo.	7	8			
14- Estou vezes suficientes com a família e os amigos.	8	7	26- Costumo encontrar-me com os meus familiares.	8	8			
Total	11	10		24	23		32	28

Com base nos resultados obtidos entre a relação das escalas e o domínio Participação Comunitária não foram aferidas diferenças significativas entre os homens e mulheres.

Os estudos indicam que quanto maior a integração social, ou seja, os laços interpessoais e o número de membros com os quais o indivíduo estabelece relações, menor são os sintomas depressivos.

Segundo Henriqueto (2013), as relações sociais adquirem, assim, um papel fundamental na manutenção e na promoção da saúde física e mental, na medida em que estas podem moderar o *stress* em diversas situações, como por exemplo, problemas de saúde, morte do cônjuge, crises financeiras, e promover a autoestima. De igual modo, relacionado com o suporte social, está a manutenção da participação social, que é uma das condições para o envelhecimento bem-sucedido. A autora supracitada refere que a manutenção da participação social envolve dois elementos, a manutenção das relações

sociais e a prática de atividades produtivas, sendo a primeira componente a que se relaciona com o suporte social.

**Em síntese:** Ao verificar as escalas e quantidade de frequências que foram mencionadas pelos gerontes a nível do domínio Participação Comunitária conclui-se que não existem diferenças significativas no género. Contudo é de extrema importância conferir ao pormenor como a participação comunitária é vivida e sentida pelas pessoas mais velhas.

#### *4.5.2. Participação Comunitária nos Géneros*

Sendo o apoio social considerado como um importante fator protetor, ao nível da saúde e do bem-estar nos gerontes, levando a atenuar os efeitos do *stress* torna-se imprescindível averiguar como este é vivido e sentido pelos participantes do estudo. Nesse sentido, foi estudado o domínio da Participação Comunitária e as diferentes categorias e subcategorias encontradas através da análise de conteúdo das entrevistas, uma vez que de acordo com Henriqueto (2013), o suporte social se refere às funções que são desempenhadas por um grupo de pessoas (por exemplo, familiares, amigos, vizinhos) em benefício de um indivíduo. O suporte ou apoio social diz, assim, respeito às transações que ocorrem entre os indivíduos, no sentido de permitir satisfazer as necessidades sociais.

O Quadro 16 evidencia o domínio Participação Comunitária na categoria Convívio com os amigos.

Quadro 16: Domínio Participação Comunitária na Categoria Convívio com os amigos

Categoria	Subcategoria	Freq.	
		H	M
Convívio com os amigos	Passeio	5	3
	Atividades organizadas na comunidade	0	3
	Prática Religiosa	0	1
	Jogos	3	0
	Atividades com a natureza	3	0

De acordo com os dados inscritos no quadro apresentado mostram-nos que os participantes do sexo masculino realizam mais atividades a nível do convívio com os amigos, em termos de passeio, quando indicam no seu discurso: “(...) *agora só algumas vezes é que vou aqui com os vizinhos à Lisboa à praia.*” (H7); “*Agora tenho mais tempo disponível para falar com os vizinhos e passear (...).*” (H1); “*Vou dar uma voltinha e vou ao café.*” (H6). Também referem a subcategoria Jogo, quando verbalizam: “*Costumo jogar dominó para passar o tempo depois de almoço e jogo um bocadinho as cartas para passar o tempo.*” (H4); “*só jogar a carta com os companheiros e dizer uma “laracha” e mais nada*”(H8).

Rosa (2010), caracteriza como lazeres intelectuais a leitura de jornais, revistas ou livros. Pode-se incluir nesta categoria a escrita, os jogos, as cartas, etc. Estas atividades estimulam a capacidade de memorização, de aprendizagem e de concentração.

A nível da subcategoria Atividades com a natureza os gerontes mencionam: “*Vou cuidando dos quintais do meu e dos outros.*” (H1); “*Atividade que faço é caçar, sou caçador, vou ao cogumelo, vou a pesca.*” (H2); “*Às vezes vou á pesca*” (H9). As participantes do sexo feminino identificaram a subcategoria Passeio ao referir: “*Vou á*



*cidade dar um passeio, beber um café, todos os dias faço comida ou dia sim, dia não, depende (M8).*

Goyaz (2003 cit. por Pereira 2012) considera que a existência de atividades físicas e lúdicas, de intensidade moderada, de baixo impacto, diversificadas, que têm em atenção a memória e o conhecimento acumulado pela pessoa mais velha (para que a mesma possa partilhar e reviver situações que lhe dão prazer), permitem: o aumento da autoconfiança, da satisfação e do bem-estar, devido às mudanças ocorridas no estilo de vida do adulto em idade avançada e uma aproximação social.

Quanto à subcategoria Atividades organizadas na comunidade verbalizam *que*: “*Vou á ginástica*” (M7); “*Vou para as pinturas*” (M7). E por fim, na subcategoria Prática religiosa uma das mulheres identificou referindo: “*Como sou crista evangélica vou a igreja*” (M3).

De acordo, com vários autores inclusive Pereira (2012), um dos fatores associados a maiores índices de felicidade é o comprometimento com a fé, através da religiosidade, tendo-se concluído que as pessoas que se consideram religiosas ou espiritualistas evidenciam maiores índices tanto de felicidade como de satisfação com a vida. A autora indica que os motivos relatados para a associação entre a religiosidade ou espiritualidade, a felicidade e a satisfação com a vida, prende-se com o facto de a espiritualidade permitir às pessoas encontrarem um rumo e um propósito para as suas vidas, uma vez que lhes permite responder a um conjunto de questões que originam angústia e infelicidade. Outro motivo deve-se à diminuição do sentimento de solidão e, consequentemente, do aumento de felicidade provindo da participação dos indivíduos numa congregação de fiéis.

Freitas (2011), valoriza a rede social do geronte a qual pode ser constituída por familiares (cônjuge, família alargada), amigos (amigos, confidentes), vizinhos que possibilita a participação da pessoa na comunidade. Torna-se indispensável analisar como é percebida e sentida pelos gerontes a relação com os amigos. No Quadro 17 constam os dados referentes ao domínio Participação Comunitária nomeadamente categoria Contacto com os amigos.

**Quadro 17:** Domínio Participação Comunitária na categoria Contacto com os amigos

Categoria	Subcategoria	Freq.	
		H	M
Contacto com os amigos	Sem laços de amizade	0	8
	Relação Próxima	9	4
	Relação Remota	2	0

Segundo os resultados pode-se certificar que a maioria das participantes referem que não tem laços de amizade mencionando: “*Não tenho amigos.*” (M1); “*Não, tenho amigos*” (M4); “*Não as amigas já não valem nada*”. (M7); “*Não, não tenho amigas*” (M9). Rosa (2010), justifica este facto porque a população mais velha atualmente é proveniente de uma época com outros valores culturais, nos quais a família desempenhava um papel fundamental. A família surge para o geronte como o maior suporte físico e emocional, enquanto os amigos se tornam o suporte a nível de diversão e ocupação dos tempos livres.

Fredrikson e Cartensen (1990 cit. por Freitas 2011) dizem que os gerontes são seletivos na escolha dos parceiros sociais, preferindo as relações familiares em detrimento de novas amizades. As pessoas mais velhas têm muita dificuldade em substituir aqueles amigos mais íntimos que já vêm da infância e que vão morrendo. As participantes sentem mais essa dificuldade, aferiu-se esta situação através de verbalizações como: “*Antigamente é que valiam*” (M7); “*Agora guardo tudo para mim*” (M9).

No entanto quatro mulheres mencionaram ter laços de amizade, referindo: “*Sim tenho muitos, gosto de toda a gente*” (M2); “*Tenho aqui uma vizinha e os filhos dela são muito meus amigos*” (M6); “*Tenho, gosto muito dos meus vizinhos, são poucos mas bons*” (M8). Henriqueto (2013), demonstra nos seus estudos que os amigos, possibilitam uma redução do *stress*, contribuindo positivamente para que os gerontes tenham uma vida social mais ativa, bastando, para tal, a existência de contactos

frequentes, o que leva a uma redução da solidão e do isolamento na terceira idade. Os gerontes têm diversas formas de manter contactos sociais: no seio da sua família, interagindo com os seus vizinhos, participando em grupos na comunidade dirigidos à população mais velha e/ou mantendo o vínculo com os seus colegas a nível profissional.

Relativamente aos participantes homens, contrariamente ao que foi verificado nas mulheres, em nove, sete deles referem ter uma relação próxima dos amigos citando: *“Tenho muitos amigos.”* (H3); *“Tenho, não tenho mais porque já morreram.”* (H4); *“Tenho muitos amigos e familiares com os quais me dou bem.”* (H7); - *“Tenho muitos amigos.”* (H9); *“Nós contamos tudo uns aos outros”* (H9). Apenas unidades de registo de dois dos participantes masculinos se enquadram na subcategoria - Relação Remota: *“Não a rapaziada amiga pouca ligação temos uns com os outros.”* (H5); *“Nunca tive necessidade que me emprestasse nada, não tenho ninguém que seja confidente, mas tenho amigos”* (H1).

Na opinião de Paúl (1997 cit. por Freitas 2011), os amigos têm um grande peso no bem-estar subjetivo dos gerontes, pois com eles partilham intimidades, recebem apoio emocional, têm oportunidades de socialização, deste modo, as amizades são uma fonte de valorização do eu.

Por sua vez Henriqueto (2013), valoriza o suporte que é dado pelos familiares, tanto ao nível do apoio instrumental, como ao nível da manutenção do bem-estar psicológico do geronte. Para o autor a família adquire uma importância especial no suporte social do geronte, pois é considerada o pilar do suporte social. São, igualmente, os familiares que exercem o papel de cuidadores por mais tempo. Nesse sentido analisou-se, no presente estudo, como o apoio familiar é sentido e percebido pelos participantes, através dos dados inscritos no Quadro 18.

**Quadro 18:** Categoria Contacto com pessoas do agregado familiar

Categoria	Subcategoria	Freq.	
		H	M
Contacto com pessoas do agregado familiar	Presente	3	10
	Distante	7	3
	Relação com os filhos	9	7
	Cuidador	6	0

Como se pode constatar pela leitura dos dados, nos gerontes do sexo masculino apenas três sentem o apoio familiar como presente. Indicam no seu discurso que: “*Sim, vou para lá. (...) vou para a casa das filhas ver os netos, mas vivo na minha casa.*” (H3); “*Tenho (o apoio familiar) da minha filha, da minha neta e do meu neto.*” (H2); “*Sim tenho das minhas filhas*” (H4). Enquanto, que outros três gerontes sentem o apoio familiar prestado como distante como o testemunha os seguintes excertos: “*Hoje fala-se muito por telemóveis, mas estão em Lisboa. Vem no verão ou quando calha.*” (H1); “*Uma vez por ano*” (H1); “*Sim os filhos telefonam-me diariamente porque estão em Lisboa.*” (H8); “*Vêm nas festas da Páscoa e no Natal, é muito dispendioso e a vida não está fácil.*” (H8); “*Os filhos estão longe é mais complicado eles tem a vida deles eu tenho a minha*” (H9).

Relativamente à subcategoria – Cuidador- três dos participantes homens mencionaram no seu discurso referências que se enquadram nesta subcategoria, o que não se verificou nas participantes. Os gerontes citaram esta subcategoria seis vezes no seu discurso indicando: “*Vou ver principalmente a minha Fernanda (irmã) ;vou ver 4 ou 5 vezes por semana mas não fico lá, vou só vê-la.*” (H5); “*Sim tenho o meu irmão e a minha irmã que visito quase todos os dias.*” (H6); “*(...) vou ver a minha irmã ;vou visitá-la quase todos os dias mas ela não pode cá vir, está quase acamada*”(H7).

No que diz respeito à Relação com os filhos todos os homens a caracterizam como boa ao dizer: “*Foi sempre boa, por exemplo quando vou à terra telefono a dizer que cheguei, se não telefono ele telefona a perguntar se já cheguei e é sempre assim.*” (H1); “*Boa. Falamos todos os dias por telefone.*” (H3); “*Não tenho nada que dizer só tenho e que dizer bem, elas e que tratam de mim.*” (H4); “*Boa, eles ligam todos os dias e eu também lhes ligo, até me ofereceram um telemóvel*” (H8).

Em relação às participantes, sete referem que o contacto com a família é presente e recordam ao dizer: “*Tenho sim vive aqui a minha neta com os 3 filhos e a minha filha que esta a cuidar de mim.*” (M1); “*Os meus netos vêm cá todos os fins-de-semana os gémeos, o meu outro filho também tem dois filhos que também me visitam de 15 em 15 dias.*” (M7); (apoio familiar) “*Isso tenho*” (M4); “*Vou eu lá, vem eles cá*” (M4).

Contrariamente aos homens apenas duas mulheres (freq. 3) referem que sentem o apoio familiar como distante como testemunha o seguinte trecho da entrevista:

*“Tenho, mas estão longe” (M9); “Não vem muito cá, porque tem as suas famílias” (M6).*

Relativamente à caracterização da relação com os seus filhos sete mulheres caracterizaram como boa (freq. 7), no entanto, duas delas não efetuaram essa caracterização porque uma delas não tem filhos, e outra o filho tinha falecido. As que caracterizaram como uma boa relação verbalizaram: *“Boa eu ajudo-os e eles as mim.” (M1); “Bem não podia ser melhor” (M2); “É ótima, são uns queridos.” (M8).*

Por fim, é necessário indicar a categoria Lazer. Rosa (2010), verificou que em média, os gerontes passam dois terços do seu tempo a ver televisão, a ler e a fazer outras atividades de lazer. De acordo com o mesmo autor para os gerontes com idades entre os 65 e os 74 anos, as atividades de lazer mais satisfatórias são as sociais, enquanto os gerontes com 75 anos ou mais preferem as atividades familiares e atividades na sua casa, como ver televisão. No presente estudo os participantes mencionaram como subcategorias referentes ao Lazer o - Ver TV, Atividades Manuais e Movimento Exterior, tal como consta ver no Quadro 19.

Quadro 19: Categoria Lazer

Categoria	Subcategoria	Freq.	
		H	M
Lazer	Atividades Manuais	0	7
	Ver TV	2	2
	Movimento exterior	0	1

Nesta categoria apenas dois dos homens aludiram que viam televisão (freq.2), recordando: *“(...) vejo tv.” (H3); “ Gosto de ver bola, não gosto touradas e mais dois ou três programas na televisão” (H5).* Por outro lado, das mulheres seis delas (freq.7) caracterizaram como lazer atividades manuais, ao referirem: *“Cuido das flores que tenho ali no meu quintal” (M1); “Faço renda, não posso estar parada” (M3); “Faço uma malhinha de vez em quando ao fim do dia.” (M6); “Faço renda, malha, costura” (M5).*

Rosa (2010), na categoria dos lazeres práticos coloca as atividades manuais, tais como a jardinagem e os trabalhos de agulha. Estas atividades apresentam, um carácter entretenimento e de utilidade, na medida em que permite que o geronte se sinta útil em fazer algo, e também desempenham um papel importante nos aspetos psicológicos.

Duas das mulheres (freq.2), indicam que gostam de ver TV: *“Só vejo televisão, que gosto muito de ver as novelas e a Casa dos segredos” (M8); “(...) vejo um pouco de televisão antes de dormir” (M9).*

Estes trechos vão ao encontro dos estudos elaborados por Ribeiro (2009), onde refere que a maioria dos gerontes portugueses tem como principal atividade de lazer ver televisão, sendo que outras atividades mais participativas e ativas, como por exemplo, participar em atividades ou organizações comunitárias são pouco desenvolvidas.

Uma das mulheres referiu que gosta de ver o movimento na rua: *“Sento-me a porta de casa a ver o movimento da rua” (M9).*

De acordo, com Rosa (2010), a população mais velha prefere as atividades do dia-a-dia, entre as quais, alimentação, higiene íntima e repouso. A acrescentar a esse facto, têm grande tendência a criar rotinas, e nesse sentido organizam a sua vida de acordo com os seus hábitos, o que dificulta a adesão a atividades diversificadas de lazer. O bem-estar da população mais velha está relacionado com a importância da atividade, ou seja na necessidade de realizar algum trabalho, para alcançar felicidade, prazer e satisfação.

**Em súmula:** Com base em tudo o que foi exposto, pode-se conferir que tanto a nível do convívio com os amigos como nas relações de amizade, que são os gerontes do sexo masculino que mais laços de amizade tem e desta forma mais convivo com os amigos identificaram. Por outro lado, foram as mulheres que demonstraram que sentem o apoio familiar como presente em detrimento dos homens. Deste modo, e tal como se corroborou-se nos estudos de Henriqueto (2013) e Silva (2011), as redes sociais apresentam efeitos diretos e efeitos indiretos no bem-estar psicológico, uma vez que o sentimento de afeto dos outros contribui para um aumento do bem-estar subjetivo, o que se associa ao facto de que o suporte social dos gerontes reduz o impacto negativo das adversidades. Ou seja, o apoio social/familiar terá um efeito direto sobre o bem-estar, favorecendo a saúde. Assim, quanto maior for o apoio social/familiar, menor será o mal-

estar psicológico percebido e quanto menor for o apoio social/familiar maior será a ocorrência de transtornos.

Todavia o suporte dos amigos e vizinhos é, também, indispensável para o geronte, no sentido da manutenção do bem-estar subjetivo, sendo decisivo para o apoio instrumental, na ausência do apoio dos familiares tal como se comprovou nos homens do estudo.

Relativamente ao lazer, são as mulheres do presente estudo que mencionam mais vezes esta categoria e efetuam mais atividades diversificadas. E tal, como foi estudado pelos autores Rosa (2010) e Freitas (2011), o lazer e o bem-estar estão relacionados com a qualidade de vida do geronte, tendo um impacto na resolução de problemas e no equilíbrio a alcançar. As atividades de lazer devem de ser direcionadas para as pessoas mais velhas, tendo por base as diversas formas de recreação, ou seja centradas no indivíduo, que as desenvolve pelo prazer e pela satisfação que lhe proporciona.

As mulheres deste estudo não realizam muitas atividades a nível de convívio com os amigos e podem não mencionar que tem muitos amigos porque para elas as verdadeiras relações de amizade são os laços familiares. Desta forma, os gerontes terão as suas necessidades instrumentais satisfeitas se as redes forem dominadas por familiares. Com base em tudo o que foi mencionado pode-se colocar a hipótese que o desenvolvimento destas atividades permite aos gerontes um aumento de autoestima, desenvolvimento pessoal e bem-estar físico e mental.

## PARTE V – PROJETO DE INTERVENÇÃO

*“Embora ninguém possa voltar atrás e fazer um novo começo, qualquer um pode começar agora e fazer um novo fim”.*

Chico Xavier

### 5.1. PROPOSTA DO PROJETO DE INTERVENÇÃO *SORRI(VI)ZINHO*

Na componente da fundamentação teórica fez-se alusão ao crescente aumento demográfico da população mais velha, a nível mundial e refletiu-se acerca do processo de envelhecimento e da forma como adaptação à viuvez é efetuada e a sua influencia na qualidade de vida dos gerontes. Nesse sentido, e com base nos resultados do estudo desenvolvido, destaca-se o facto dos gerontes da amostra terem baixos níveis de envolvimento na participação comunitária. Como Ornelas (2008) e Paúl (2005) referem as redes de apoio social têm um papel crucial para a saúde mental, a satisfação com a vida e um envelhecimento bem-sucedido, promovendo a qualidade de vida. O facto dos gerontes da nossa amostra terem baixos níveis de envolvimento na participação comunitária induz-nos a propor um projeto incidente na (re)organização das redes de apoio informal a que estão ligados, para que mantenham a sua independência e a participação social,

Entende-se que a formulação de um projeto deve de ser o mais precisa e concreta possível. Exige uma conjugação harmónica de todos os passos que levam à prossecução do mesmo, especificando os seus objetivos, metas, calendário de execução e recursos. Deste modo, a criação deste projeto de intervenção *Sorri(vi)zinho* nasce como consequência do desejo de melhorar a realidade onde estamos inseridos com o objetivo de melhorar as relações com outros diminuindo assim o sentimento de solidão que a viuvez pode acarretar.



## 5.2. FUNDAMENTAÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO

Rebelo (2009, cit. por Pereira 2012), refere que a ausência de laços sociais origina no indivíduo sentimentos de rejeição, abandono e depressão. A capacidade de interagir socialmente é fundamental para o geronte, pois opera como um dos fatores mais relevantes na prevenção ou recuperação de problemas de saúde mental, isto porque o apoio social é um motivo de esperança e crença no futuro, faz o indivíduo sentir-se estimado e amado, com compromissos mútuos. Neto (2004, cit. por Pereira 2012), fortalece esta concepção mencionando que os laços que se criam dentro da rede social proporcionam suporte social, cognitivo e emocional, auxiliando o geronte na manutenção da autoestima e do desenvolvimento pessoal, uma vez que resulta numa melhoria da saúde mental, maior autodomínio e maior satisfação na qualidade de vida. Ou seja, as redes sociais permitem a satisfação das necessidades de cada um, a partilha dos bons e maus momentos que vão surgindo ao longo do caminho, o apoio aquando das perdas, a felicitação pelas boas ações ou a consolação.

De acordo com Ornelas (2008), o sentimento de comunidade relaciona-se com a perceção da pessoa no que respeita à sua integração numa comunidade na qual o indivíduo possa confiar e da qual dependa e, por seu lado, essa integração irá aumentar a confiança e as convicções do indivíduo, sobre a sua capacidade de intervir e influenciar as várias esferas da sua vida, prevenindo sentimentos de isolamento, solidão e alienação.

E foi neste campo de ação que surgiu o projeto de intervenção com o objetivo de estimular o envelhecimento ativo, através da criação de condições que permitam que as pessoas mais velhas se mantenham ativas, gozem de saúde e continuem a participar na vida social da sua comunidade. O projeto pretende reforçar a qualidade de vida durante o processo de envelhecimento, desenvolver uma adaptação à viuvez de forma positiva melhorando os estilos de vida e aumentando a satisfação com a vida.

O projeto de intervenção *Sorri(vi)zinho* utiliza tal como Ornelas (2008) protagoniza, uma abordagem macro (ao nível da comunidade) e uma abordagem individual (ao nível da clínica e do aconselhamento). A abordagem macro engloba, sobretudo, o suporte social por parte de familiares, vizinhos e amigos, verificando-se que o nível de bem-estar aumenta tendo em conta o envolvimento da pessoa num elevado número de atividades psicossociais.

Como se verificou no presente estudo, as mulheres não participavam nas atividades que existiam no seu distrito, desenvolvidas pelas várias entidades. Estas preferiam ficar em casa e realizar atividades de lazer tais como malha, renda entre outros.

Tendo em consideração este dados, e como forma a promover a participação comunitária, considerou-se que seria uma mais-valia, se nas suas redes de vizinhança se desenvolvesse um trabalho com alguns gerontes que serviriam de mediadores, no sentido de fomentar em outros o desejo de participar em atividades na comunidade. O mediador poderá ser visto como aquele que promove um “encontro” entre as partes ajudando a atenuar as diferenças. Teve-se também em conta dados de estudos sobre mediação que mostram que a sensibilização, para a participação nas atividades, de pares para pares é mais vantajosa do que a efetuado por intervenção de técnico(s). Com este projeto espera-se conseguir que os gerontes, que inicialmente não participavam na comunidade, aos poucos venham a participar e posteriormente se tornem mediadores, aumentando a rede de apoio social informal.

Este projeto assenta em algumas fases necessárias para a implementação: 1) efetuar um diagnóstico de necessidades, ou seja, um levantamento junto da comunidade de atividades em que gostariam de participar e que poderiam ajudar a desenvolver; 2) identificar gerontes que têm perfil para serem mediadores verificando aqueles que já tinham uma participação comunitária ativa; 3) criar um gabinete de gerontes mediadores com uma equipa de apoio multidisciplinar que faça a ligação entre as várias entidades existentes no distrito de Beja e dê apoio aos mediadores; 4) desenvolver atividades que promovam a partilha de experiências intergeracionais.

Este tipo de experiências contribui para a criação de uma sociedade consciente em relação aos adultos em idade avançada e a vantagem da troca de informações entre as pessoas mais velhas e os jovens, relaciona-se com a valorização por parte da pessoa mais velha das suas experiências de vida, permitindo-lhes ter uma imagem mais real e positiva sobre si mesmo. Ribeiro (2009) e Paúl (2005) defendem, também, a importância de experiências intergeracionais pois é através das mesmas que a pessoa mais velha pode mostrar a sua singularidade. Por outro lado, essas experiencias contribuem para uma maior perceção dos jovens das capacidades dos adultos em idade avançada, bem como das mudanças necessárias para que se viva plenamente. As experiencias intergeracionais surgem, assim, como uma resposta à discriminação

relativa ao envelhecimento, diminuindo os estereótipos dirigidos às pessoas mais velhas.

### 5.3. DESIGNAÇÃO DO PROJETO

Este projeto foi designado de *sorri(vi)zinho*, uma vez que têm como intuito promover relações positivas levando sorrisos ao bem-estar dos gerontes. Optou-se pela utilização do termo vizinho porque espera-se conseguir desenvolver estas relações através das redes de vizinhança fortalecendo as mesmas.

### 5.4. OBJETIVOS

#### 5.4.1. *Objetivo geral*

- ✚ Desenvolver ações para aumentar a participação comunitária dos gerontes viúvos que fazem parte do distrito de Beja.

#### 5.4.2. *Objetivos específicos*

- ✚ Efetuar o levantamento das atividades que os gerontes viúvos gostariam de participar;
- ✚ Identificar gerontes viúvos com perfil para serem mediadores;
- ✚ Criar um gabinete de mediadores gerontes viúvos;
- ✚ Estimular à participação comunitária, com maior ênfase nos gerontes viúvos;
- ✚ Fomentar a participação e comunicação intergeracional, no sentido de valorizar a presença do sénior na comunidade restabelecendo a identidade local;
- ✚ Promover crescimento pessoal dos gerontes viúvos.

## 5.5. PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS NA DINAMIZAÇÃO E LIDERANÇA DO PROJETO

Para uma intervenção de cariz comunitário, é necessário que se utilize uma abordagem multidisciplinar sendo assim necessário envolver todas as entidades parceiras que desenvolvem atividades e serviços de apoio dirigidos à população sénior existente no distrito de Beja.

Para liderar o mesmo e em parceria com as várias entidades seria designado um coordenador do projeto, preferencialmente alguém com experiência ao nível da população sénior e que anteriormente já tivesse estado na coordenação de projetos. A nível do gabinete de gerontes mediadores os técnicos que iriam desenvolver as atividades, nomeadamente nas relações interpessoais e preparação/apoio dos mediadores, deveriam ter formação na área da psicogerontologia comunitária.

## 5.6. PÚBLICO-ALVO

Este projeto, apesar de se pretender envolver a comunidade em geral, é mais direcionado aos gerontes viúvos residentes no distrito de Beja dando ênfase aqueles em que a sua participação comunitária é menor.

## 5.7. PLANIFICAÇÃO DA INTERVENÇÃO

De forma, atingir os objetivos anteriormente identificados, serão levadas a cabo um conjunto de atividades, as quais são descritas de seguida no Quadro 20.

Quadro 20: Plano de ação do projeto *Sorri(vi)zinho*

<b>Objetivo Geral</b>	<b>Objetivo Especifico</b>	<b>Atividades</b>	<b>Recursos Humanos</b>
Desenvolver ações para aumentar a participação comunitária dos gerontes viúvos que fazem parte do distrito de Beja.	1.Efetuar o levantamento das atividades que os gerontes viúvos gostariam de participar;	1.1. Realização de questionários;	- Coordenador do projeto; - Especialista em psicogerontologia;
		1.2. Execução de sessões presenciais onde fossem debatidas as propostas de atividades;	
	2. Identificar gerontes viúvos com perfil para serem mediadores;	2.1.Definição das características que um mediador deve ter;	- Representante de cada uma das entidades parceiras; - Coordenador do projeto; - Especialista em psicogerontologia;
		2.2. Realização de um levantamento dos gerontes que já participam na comunidade ativamente;	- Coordenador do projeto; - Especialista em psicogerontologia;
		2.3. Execução de sessões presenciais com os gerontes identificados de forma a sensibilizar os mesmos para participação no Gabinete de Gerontes Mediadores;	

Quadro 20: (continuação)

<b>Objetivo Geral</b>	<b>Objetivo Especifico</b>	<b>Atividades</b>	<b>Recursos Humanos</b>
Desenvolver ações para aumentar a participação comunitária dos gerontes viúvos que fazem parte do distrito de Beja.	3.Criar um Gabinete de Gerontes Mediadores;	3.1.Definição do modelo de funcionamento do Gabinete de Gerontes Mediadores (GGM)	- Representante de cada uma das entidades parceiras; - Coordenador do projeto; - Especialista em psicogerontologia;
		3.2.Implementação do GGM	- Coordenador do projeto; - Especialista em psicogerontologia; - Gerontes Mediadores
		3.3.Reuniões semanais com os gerontes mediadores para rever dificuldades e propor soluções;	- Coordenador do projeto; - Especialista em psicogerontologia; - Gerontes Mediadores
	4.Estimular à participação comunitária, com maior ênfase nos gerontes viúvos;	4.1. Sessões de sensibilização individuais para promover a participação nas atividades;	- Gerontes Mediadores
		4.2.Acompanhamento as atividades existente na comunidade;	

Quadro 20: (continuação)

<b>Objetivo Geral</b>	<b>Objetivo Especifico</b>	<b>Atividades</b>	<b>Recursos Humanos</b>
Desenvolver ações para aumentar a participação comunitária dos gerentes viúvos que fazem parte do distrito de Beja.	<b>5.</b> Fomentar a participação e comunicação intergeracional, no sentido da valorizar a presença do sénior na comunidade restabelecendo a identidade local;	<b>5.1.</b> Realização de diversos ateliers de ocupação dos tempos livres para crianças e jovens;	-Gerentes;  - Coordenador do projeto;  - Especialista em psicogerontologia;
	<b>6.</b> Promover crescimento pessoal dos gerentes viúvos	<b>6.1.</b> Dinâmicas de grupo para promover as relações interpessoais;	- Especialista em psicogerontologia;
		<b>6.2.</b> Dinâmicas de promoção da autoestima do gerente.	

## 5.8. DESENVOLVIMENTO SUCINTO DAS ATIVIDADES A PROPOR

Com o objetivo de se efetuar o levantamento das atividades que os gerentes viúvos gostariam de participar será elaborado um questionário com questões abertas e fechadas de forma a tentar-se compreender se as pessoas mais velhas participavam ou não nas atividades já existentes e desenvolvidas na comunidade e aferir qual era o motivo da não participação nas mesmas. Depois desta primeira ação, serão desenvolvidas sessões presenciais com o público-alvo de forma a sensibilizar os

mesmos da importância da sua participação a nível da comunidade debatendo ideias e propostas efetuadas pelos gerontes em termos de melhoria e para se ir de encontro as necessidades indicadas.

No que respeita ao objetivo identificar gerontes viúvos com perfil para serem mediadores serão realizadas três atividades. A primeira, para a definição das características do geronte mediador, será realizada uma reunião com o representante de todas as entidades parceiras do distrito de Beja. Para a execução da segunda atividade proposta será efetuada a recolha e sistematização de informação das respostas locais já existentes e serão identificados os gerontes que já participavam nas mesmas ativamente. Relativamente a terceira atividade serão desenvolvidas sessões presenciais com os gerontes identificados de forma a sensibilizar os mesmos para participação no Gabinete de Gerontes Mediadores (GGM). Nestas sessões será apresentada a ideia do GGM assim como o objetivo do mesmo, e os gerontes serão convidadas a fazer parte deste.

A nível do objetivo - Criar um Gabinete de Gerontes Mediadores- para além da definição da forma de funcionamento do GGM, serão também traçadas as metas a atingir, os parâmetros de qualidade que regularão a sua atividade e as estratégias de avaliação do trabalho a desenvolver. A segunda ação será a implementação do GGM onde as várias entidades poderão sinalizar gerontes viúvos que além de não participarem nas atividades da comunidade poderão estar isolados. A terceira atividade que se considera pertinente desenvolver, será reuniões semanais com os gerontes mediadores para rever dificuldades e propor soluções de forma a ir apoiando os mesmos constantemente.

Para estimular a participação comunitária, com maior ênfase nas pessoas mais velhas viúvas será desenvolvidas sessões de sensibilização individuais pelos gerontes mediadores para promover a participação nas atividades. Estas sessões deverão ter um caráter informal, isto é, os gerontes mediadores irão desenvolver as mesmas na casa das pessoas mais velhas que tem um nível de participação comunitária inexistente ou mínimo. Numa fase posterior os gerontes mediadores deverão efetuar o acompanhamento dos gerontes as atividades existente na comunidade promovendo assim a relação de proximidade/confiança com o mesmo.

No que diz respeito ao objetivo fomentar a participação e comunicação intergeracional, no sentido de valorizar a presença do sénior na comunidade restabelecendo a identidade local, serão desenvolvidos vários ateliers de ocupação dos



tempos livres para crianças e jovens onde os gerontes podem ensinar as crianças/jovens por exemplo, a fazer malha, renda, costura, cozinha, carpintaria e jardinagem. Estes ateliers serão promovidos e desenvolvidos pelas pessoas mais velhas.

E por fim, no objetivo - promover crescimento pessoal dos gerontes viúvos-serão realizadas dinâmicas de grupo a fim de promover as relações interpessoais como por exemplo, A Teia da Amizade; Cartões Originais; A Minha Profissão; e Chapéu dos Medos e dos Desejos. Prevê-se também dinâmicas de melhoria da autoestima do geronte como por exemplo, Fãs de Nós Mesmos e Qualidades e Defeitos. Também no GGM poderão ocorrer sessões individuais, em função daquilo que se revele mais pertinente em função das necessidades dos públicos a envolver.

## 5.9. AVALIAÇÃO DO PROJETO

A avaliação do projeto terá uma avaliação *ex-ante*, *on-going* e *ex-post*. Numa fase inicial do projeto (*ex-ante*), e antes da intervenção propriamente dita, serão avaliadas as atitudes dos gerontes viúvos relativamente à participação na comunidade. Serão ainda avaliadas as ofertas e serviços existentes bem como a informação que a população alvo possui acerca destes, a sua participação nos mesmos (através de um questionário a elaborar para esse efeito).

Durante a execução do projeto (*on-going*) serão avaliadas as diversas atividades através dos indicadores de execução (comparando atividades previstas e realizadas) bem como de questionários dirigidos a avaliar a satisfação de todos os participantes.

No final do projeto (*ex-post*) será avaliada a eficácia e eficiência do projeto, sendo efetuado um balanço da execução final das atividades bem como dos recursos utilizados para as concretizar. Não serão esquecidos os critérios de equidade na avaliação efetuada ao longo do todo o projeto, com especial cuidado nesta fase final. Serão também avaliados os impactos que o projeto teve no que respeita aos seis objetivos específicos, sendo avaliados novamente os indicadores antes identificados.

Por fim será igualmente verificado se existiu um aumento da participação comunitária por parte dos gerontes viúvos e se desta forma com o se promoveu uma

adaptação a esta fase da sua vida mais positiva fomentado uma melhor qualidade de vida.

#### 5.10. CRONOGRAMA

Com base nas atividades apresentadas anteriormente estipulamos o seguinte cronograma.

Atividades	2016											
	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
1.1												
1.2												
2.1												
2.2												
2.3												
3.1												
3.2												
3.3												
4.1												
4.2												
5.1												
6.1												
6.2												

## Conclusões

A viuvez em idade avançada, tal como em outras idades, tem um importante impacto na identidade e no sentido da própria vida, que desafia o aparecimento de novas orientações para significar a perda e, também, implica novas exigências práticas do viver diário.

O presente estudo pretendeu investigar a **relação entre o estado de viuvez e a qualidade de vida** prosseguindo os seguintes objetivos específicos: analisar o impacto da viuvez de acordo com o género nas opções de estilo; compreender qual o impacto da viuvez de acordo com o género na participação comunitária; averiguar a influência do fator género na forma como o estado de viuvez é sentido e percebido; compreender em que medida a viuvez afeta a satisfação de vida.

Foram envolvidos neste estudo dezoito gerontes (nove mulheres e nove homens) do distrito de Beja na situação de viuvez e com idades entre os 60 e 88 anos. Para a recolha de dados optou-se por entrevista individual, semidiretiva e a adaptação portuguesa da escala *Philadelphia Geriatric Center Morale Scale (PGCMS)* e a Escala de Estilos de Vida para Idosos (EEVI).

Relativamente aos resultados a nível do **primeiro objetivo específico** que pretende **compreender em que medida a viuvez afeta a satisfação de vida**, aferiu-se que a viuvez afeta a satisfação de vida de forma positiva. Ou seja, na altura do casamento averiguou-se que a maioria das mulheres do estudo considerava a sua relação como instável e que os homens a caracterizaram como harmoniosa. Deste modo, pode-se concluir que os homens apresentavam um maior índice de satisfação com a vida do que as mulheres na altura do casamento, colocando-se a hipótese que tal facto possa estar relacionado com o tempo de viuvez uma vez que as mulheres estão viúvas há mais tempo que os homens do presente estudo. Estes resultados encontram-se em linha com estudos de Oliveira (2012), que comprova que os efeitos da viuvez também são condicionados pelo tempo após a perda.

Todavia validou-se que existiu uma evolução na satisfação para com a vida nas participantes após a viuvez e pode associar-se este facto à diminuição de certas dificuldades após a viuvez, nomeadamente, a prestação de cuidados ao cônjuge. Resultados que se aproximam dos obtidos por Carr *et. al.* (2001), que verificaram que a

adaptação psicológica à viuvez é influenciada por três aspetos o conflito, dependência instrumental (confiança no cônjuge para realizar tarefas diárias) e afetividade. Os autores mostram nos seus estudos que uma adaptação à viuvez é mais difícil para aqueles que experienciaram níveis elevados de afetividade e dependência instrumental, bem como para aqueles com níveis baixos de conflitos no seu casamento. Torna-se, pois, claro que a saudade é afetada pela qualidade da relação conjugal. O processamento do luto é pois mais difícil para quem tem uma boa relação conjugal, com poucos conflitos e seja dependente do cônjuge.

No presente estudo, apesar de a nível global na satisfação com a vida as mulheres apresentarem em termos médios níveis mais baixos, coloca-se a hipótese que isso se justifique com o fato da escolaridade apresentar uma correlação significativa e positiva, quer com o bem-estar psicológico, quer com a qualidade de vida.

No que diz respeito ao **segundo objetivo específico** definido que pretende **averiguar a influência do fator género na forma como o estado de viuvez é sentido e percebido**, foram encontradas relações significativas que demonstram que existe a influência do fator género na forma como o estado de viuvez é sentido e percebido, ou seja, a experiência da viuvez, em termos psicológicos, é mais difícil para os homens do que para as mulheres. As dificuldades associadas à viuvez diferem consideravelmente entre homens e mulheres, refletindo nos homens a necessidade de aprender as lidas domésticas desenvolvendo a sua autonomia, enquanto para as mulheres a maior urgência é nível do emprego.

Esta necessidade de aprendizagem faz com que haja um crescimento a nível pessoal nos gerentes viúvos e assim uma reestruturação da sua identidade pessoal. Estes resultados são de certa forma concordantes com o que é mencionado por Oliveira (2012), que afirma que apesar de o luto conjugal constituir um difícil acontecimento de vida, normalmente acompanhado de dificuldades a nível emocional, físico e social, muitos viúvos e viúvas são capazes de atribuir um significado a essa perda, lidando com os seus sentimentos de uma forma adaptativa, mantendo a sua estabilidade emocional, desenvolvendo novas aprendizagens e atividades, desenvolvendo novas relações de amizade e românticas e, acima de tudo, redefinindo a sua identidade pessoal. A viuvez pode tornar-se, assim, um lugar de crescimento e resiliência.

Relativamente ao **terceiro objetivo específico** definido que pretende **analisar o impacto da viuvez de acordo com o género nas opções de estilo de vida**, com base

nos resultados obtidos pode-se apurar que são os homens do estudo que adotam um estilo de vida mais saudável, uma vez que em nove dos homens dois apresentaram valores de estilos de vida mais saudável comparativamente com as mulheres, que em nove mulheres participantes apenas uma se destacou a nível de estilo de vida mais saudável.

Apesar de existirem valores distintos a nível dos cinco fatores diferenciados na EEVI e serem as mulheres a obterem valores mais elevados em três deles, a nível global são os homens que apresentam valores superiores, este facto pode-se justificar porque os mesmos a nível da alimentação e cuidado com a saúde continuam a ter essa proteção a nível da saúde, pela sua família. Ou seja, o que anteriormente era efetuado pela sua esposa após esta falecer foram as descendentes do sexo feminino, ou noras, que assumiram esse papel.

Quanto ao último **objetivo específico** definido que pretende **compreender qual o impacto da viuvez de acordo com o género na participação comunitária**, os resultados obtidos demonstraram que tanto a nível do convívio com os amigos como nas relações de amizade são os gerentes do sexo masculino que mais laços de amizade têm e desta forma mais convivo com os amigos identificaram. Por outro lado, foram as gerentes do sexo feminino que demonstraram que sentem o apoio familiar como presente em detrimento dos homens. Rodriguez e Cohen (1998 cit. por Henriqueto 2013), afirmam que o apoio social produz efeitos benéficos na saúde, quer física, quer mental.

É, ainda, de referir a relação que a literatura descreve entre o suporte social e o bem-estar subjetivo, no sentido de que quanto maior a perceção de suporte social, maior a presença de afetos positivos, e maior bem-estar. O apoio ou suporte social adquire uma extrema relevância na problemática do envelhecimento, uma vez que este apresenta como consequência o desenvolvimento do bem-estar psicológico, o suporte social é considerado como o principal fator para que ocorra o envelhecimento bem-sucedido.

Berry, Rodger e Dear (2007 cit. por Mendes 2014), apresentam nos seus estudos uma perspetiva abrangente da participação comunitária onde identificam sete tipos de participação que estavam associados a um menor *distress* psicológico, isto é, contactos com os amigos, atividades organizadas da comunidade, contacto com os vizinhos, contacto com a família alargada, contacto com as pessoas do agregado familiar, interesse ativo nos assuntos da atualidade e praticas religiosas. A conclusão deste autor

é de certa forma concordante com os resultados apresentados neste estudo onde os gerontes identificaram nas entrevistas alguns desses sete tipos de participação tais como, contactos com os amigos, atividades organizadas da comunidade, contacto com as pessoas do agregado familiar e praticas religiosas. Apesar de existirem diferenças a nível do género como já foi indicado anteriormente aferiu-se que os gerontes sentem-se parte integrante da comunidade em que vivem, no entanto, tem baixos níveis de participação comunitária.

Com base nestes resultados propôs-se o projeto de intervenção *Sorri(vi)zinho* com vista à promoção do aumento dos níveis de participação comunitária que tem como objetivo tentar satisfazer as necessidades dos gerontes e, desta forma, melhorar as condições de vida e as relações com outros diminuindo assim o sentimento de solidão que a viuvez pode acarretar.

Ao executar este estudo e apesar das preocupações metodológicas presentes na conceção e desenvolvimento da presente investigação, os constrangimentos impostos pelo seu contexto de realização acabaram por resultar em algumas limitações práticas.

Em relação às limitações do presente estudo, é de referir em primeiro lugar o facto da amostra ser de reduzida dimensão, o que impossibilita uma generalização dos resultados. Em segundo lugar aponta-se a dificuldade de interpretação das escalas, uma vez que se trata de uma população mais velha com alguma dificuldade de interpretação e em alguns casos analfabetos. Esse facto levou a que muitos dos questionários fossem preenchidos pela autora do presente trabalho o que pode ter levado alguns gerontes a terem alguma apreensão nas respostas a dar, e não terem sido sinceros nas suas respostas. Outra limitação encontrada residiu na recolha da amostra, relacionada com os critérios de inclusão e exclusão. Por um lado, a exclusão da amostra de gerontes que estivessem institucionalizados, no que se refere aos participantes do sexo masculino viúvos dificultou-nos a inclusão de mais gerontes.

Ao nível de sugestões para futuras investigações, pensa-se que será importante aumentar o número de elementos da amostra de forma a favorecer a generalização dos dados e conclusões. Realizar um estudo de forma a verificar se existem diferenças na participação comunitária entre os gerontes do meio rural e urbano.

Ainda como pistas para futuras investigações, deixam-se várias questões em aberto decorrentes das variáveis em estudo na área do envelhecimento. De facto, a opção efetuada no âmbito desta investigação pelas variáveis estudadas não pode ser

entendida como representativa do universo de variáveis que influenciam o processo de envelhecimento, e nesse sentido, será pertinente um futuro investimento noutras variáveis (como por exemplo, a ansiedade face à morte em gerontes) que se relacionam com o envelhecimento de forma a serem descortinadas variáveis que influenciem de forma positiva o envelhecimento ativo e promovendo a qualidade de vida neste ciclo de vida.

Apesar das limitações considera-se que este estudo contribui para o conhecimento sobre a relação entre o estado de viuvez e a qualidade de vida. Na finalização, têm-se como expectativa que o presente estudo na área da Psicogerontologia Comunitária possa abrir as portas para novas investigações e intervenções de forma ajudar os gerontes a ultrapassar de forma positiva e com resiliência e mantendo o equilíbrio socio-emocional, as diversas adversidades com que se deparam no seu dia-a-dia.

O importante não é acrescentar anos à nossa vida, mas sim vida aos nossos dias, semanas e anos independentemente em que ciclo de vida nos encontre!

## Referências Bibliográficas

- ✚ Ascensão, M. (2011). *Solidão, depressão e qualidade de vida no idoso: Implementação de um programa de intervenção*. Tese de Mestrado Integrado em Psicologia, Faculdade de Psicologia, Lisboa: Universidade de Lisboa;
- ✚ Bardin, L. (1991). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70;
- ✚ Barros de Oliveira, J. H. (2010). *Psicologia do Envelhecimento e do Idoso (2.<sup>a</sup> Edição)*. Porto: Livpsic;
- ✚ Barros de Oliveira, J. H. (2012). *Psicologia do idoso – temas complementares. (2.<sup>a</sup> Edição)*. Porto: Livpsic;
- ✚ Carmo, H., Ferreira, M. (1998). *Metodologia da Investigação*. Lisboa: Universidade Aberta;
- ✚ Carr, D., House, S., Wortman, C., Nesse, R., Kessler, C., (2001). Psychological Adjustment to Sudden and Anticipated Spousal Loss Among Older Widowed Persons, *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 56B, (4), 237-248;
- ✚ Catarino, D. N. (2011). *Percepção e satisfação com o bem-estar e a qualidade de vida em idosos do sexo masculino*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física, Coimbra: Universidade de Coimbra;
- ✚ Cruz, A. (2012). *Qualidade de Vida e Espiritualidade em Idosos Institucionalizados e em Comunidade*. Dissertação de Mestrado, Lisboa: Instituto Politécnico de Lisboa.



- ✚ Fernandes, A., (2001). Velhice, solidariedades familiares e política social: itinerário de pesquisa em torno do aumento da esperança de vida, *Sociologia – Problema e Práticas*, nº 36, pp.39-52;
  
- ✚ Ferreira, C. (2009). *Envelhecimento e Lazer*. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública, Faculdade de Medicina, Coimbra: Universidade de Coimbra.
  
- ✚ Fernandes, S. (2010). *Vivências em lares de idosos: Diversidade de Percursos*. Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social, Lisboa: Departamento de Ciências da Educação e do Património;
  
- ✚ Ferreira, O. G. L., Maciel, S. C., Silva, A. O., Santos, W. S., & Moreira, M. A. S. P. (2010). O envelhecimento ativo sob o olhar de idosos funcionalmente independentes. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 44(4),1065-1069;
  
- ✚ Figueiredo, D. (2007). *Cuidados Familiares ao idoso dependente*. Cadernos Climepsi de Saúde - 4. Lisboa: Climepsi Editores;
  
- ✚ Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento (1.ª Edição)*. Lisboa: Climepsi Editores;
  
- ✚ Fortin, M. (2003). *O processo de Investigação da concepção à realização*. Loures: Lusociência;
  
- ✚ Fonseca, A. M. (2005). *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores;
  
- ✚ Fonseca, A. (2006). *O Envelhecimento – Uma abordagem psicológica (2ª edição)*. Lisboa: Universidade Católica Editora;

- ✚ Fragoeiro, I. M. (2008). *A saúde mental das pessoas idosas na região autónoma da Madeira*. Dissertação de Doutoramento, Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar;
- ✚ Freitas, P. (2011). *Solidão em Idosos*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências Sociais, Braga: Universidade Católica Portuguesa.
- ✚ Gonçalves, D., Martín, I., Guedes, J., Cabral-Pinto, F., Fonseca, A. M. (2006). Promoção da Qualidade de vida dos idosos portugueses através da continuidade de tarefas produtivas. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7(1), 137-143;
- ✚ Henriqueto, S. (2013). *A Resiliência, o Suporte Social e o Bem-Estar na Adaptação ao Envelhecimento*. Dissertação de Mestrado, Algarve: Universidade do Algarve.
- ✚ Imaginário, C.M.I. (2008). *O Idoso Dependente em Contexto Familiar – Uma análise da visão da família e do cuidador principal (2a ed.)*. Coimbra: Formasau;
- ✚ Irigaray, T. & Schneider, R. (2009). Dimensões de personalidade, qualidade de vida e depressão em idosos. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 14, n. 4, p. 759-766, out./dez;
- ✚ Lobo, L. (2008). Participação comunitária e satisfação com os cuidados de saúde primários. *Análise Psicológica*, 26 (2), 367-371;
- ✚ Marconi, M., Lakatos, E. (2002). *Técnicas de pesquisa*. Editora Atlas S.A.;
- ✚ Matias, C. (2010). *Satisfação com a vida e com o lar: Um estudo em cenários institucionais*. Dissertação de Mestrado em Serviço Social, Coimbra: Instituto Superior Miguel Torga.

- ✚ Mendes, A. (2014). *Participação comunitária e sentimento de comunidade em reformados da cidade de Serpa*. Dissertação de Mestrado, Beja: Escola Superior de Educação de Beja. Instituto Superior de Beja;
  
- ✚ Moreira, P. & Melo, A. (2005). *Saúde mental do tratamento à prevenção*. Porto: Porto Editora;
  
- ✚ Novo, A., Fernandes, J., Andrade M. J., Araújo, N., Mateus, P., & Casado, S. (2009). *Aldeias lar: Novas casas para velha sabedoria*. Editora: Reabilidades III;
  
- ✚ Ornelas, J. (2003) Participação, empowerment e liderança comunitária. In José Ornelas & Susana Maria (Eds.), *III Conferência de Desenvolvimento Comunitário e Saúde Mental: Participação, Empowerment e Liderança Comunitária* (pp. 5-13), Lisboa: ISPA;
  
- ✚ Ornelas, J. (2008). *Psicologia Comunitária*. Lisboa: Fim de Século Edições;
  
- ✚ Oliveira, J. (2008). *Psicologia do idoso*. Porto: Legis Editora;
  
- ✚ Oliveira, J., & Lopes, R. (2008). O processo de luto no idoso pela morte de cônjuge e filho. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 13, n. 2, p. 217-221, abr./jun;
  
- ✚ Oliveira, S. (2012). *Diferenças de género na vivência da viuvez na idade adulta: depressão, mecanismos de defesa e satisfação com a vida*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia, Lisboa: Universidade de Lisboa;
  
- ✚ Paúl, C. (2005). Envelhecimento activo e redes de suporte social. *Sociologia*, 15, 275-287;

- ✚ Paúl, C. (2010). *Envelhecimento activo. Conferência Internacional sobre Envelhecimento* (Lisboa, 15 de Outubro de 2010): Livro de Actas, 25-28;
  
- ✚ Pereira, C. (2012). *Envelhecimento e Bem-Estar Psicológico em Adultos em Idade Avançada Residentes em Lar : Um estudo nas Ilhas das Flores e Corvo*. Dissertação de Mestrado, Açores: Universidade dos Açores;
  
- ✚ Pimentel, L., (2005), *O lugar do idoso na família*, Coimbra: Quarteto Editora;
  
- ✚ Quivy, R. & Campenhoudt, L. (1992). *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva;
  
- ✚ Rebelo, H., (2007). Psicoterapia na idade adulta avançada. *Análise Psicológica* (2007), 4 (XXV): 543-557;
  
- ✚ Ribeiro, J. (2008). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde*. Legis: Editora LIVPSIC.
  
- ✚ Ribeiro, A. (2009). *Influência do coping e dos estilos de vida no BES e na saúde dos idosos*. Dissertação de Mestrado, Algarve: Universidade do Algarve;
  
- ✚ Rodrigues, M. C. (2002). O lazer do idoso: barreiras a superar. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, 10 (4), 105-108;
  
- ✚ Rosa, A. (2010). *Idosos mais idosos – Narrativas, ciclo de vida e estilos de vida*. Dissertação de Mestrado, Aveiro: Universidade de Aveiro.
  
- ✚ Silva, A. (2010). *Envelhecimento activo, educação e promoção da saúde na população idosa*. Dissertação de Mestrado, Minho: Universidade do Minho;
  
- ✚ Silva, M., (2004). *Processos de Luto e Educação*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Educação e Psicologia, Braga: Universidade do Minho;

- ✚ Silva, M. (2005). Saúde mental e idade avançada. Uma perspectiva abrangente. In C. Paúl & A. Fonseca (Coords.), *Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados* (pp. 137-156). Lisboa: Climepsi Editores;
- ✚ Silva, M. (2011). *Relações entre pais e filhos na velhice*. Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social Aplicada, Braga: Universidade Católica Portuguesa de Braga.
- ✚ Silva, M. (2012). *Stressores e estratégias de coping com o luto conjugal: um estudo longitudinal em adultos idosos*. Dissertação de Doutoramento, Minho: Universidade do Minho;

## **Apêndices**